



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

SILVANO DA SILVA CAMEIA

DESAFIOS FRENTE À ADESÃO AO TRATAMENTO DA  
TUBERCULOSE EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM  
HUAMBO-ANGOLA

**Florianópolis**  
**2016**



SILVANO DA SILVA CAMEIA

DESAFIOS FRENTE À ADESÃO AO TRATAMENTO DA  
TUBERCULOSE EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM  
HUAMBO-ANGOLA

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem –  
PEN/UFSC. Para obtenção de  
grau de mestre em  
Enfermagem- Área de  
concentração: Filosofia e  
Cuidado em Saúde e em  
Enfermagem. Linha de  
pesquisa: Cuidado em Saúde e  
Enfermagem nas situações  
agudas e crônicas de saúde

**Orientadora:** Betina Hörner  
Schlindwein Meirelles

**Florianópolis**  
**2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

CAMEIA, SILVANO DA SILVA  
DESAFIOS FRENTE À ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM  
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM HUAMBO-ANGOLA / SILVANO DA  
SILVA CAMEIA ; orientadora, Betina Hörner Schindwein  
Meirelles - Florianópolis, SC, 2016.  
150 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. HIV. 3. Tuberculose. 4. Coinfecção. 5.  
Tratamento. I. Meirelles, Betina Hörner Schindwein . II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

# **DESAFIOS FRENTE À ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM HUAMBO ANGOLA**

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

## **MESTRE EM ENFERMAGEM**

E aprovada em sua versão final em 14 de outubro de 2016, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN/UFSC), Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

---

Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora PEN/UFSC

### **Banca Examinadora:**

---

Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
Orientadora e Presidente da banca

---

Dr<sup>a</sup> Sabrina da Silva de Souza  
Membro da banca

---

Dr<sup>a</sup> Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva  
Membro da banca

---

Dr<sup>a</sup> Jussara Gue Martini  
Membro da banca



## **DEDICATÓRIA**

Ao meu avó Lucas Cameia em  
memória, pela motivação e ter  
acreditado em mim. aos meus pais  
Semeliano Siliveli Cameia e Victória  
Nawimbo da Silva, por serem minha  
fortaleza, e, aos meus irmãos, pelo  
amor e força!





## AGRADECIMENTOS

À Deus por me mostrar o caminho certo, pela coragem para enfrentar as vicissitudes da vida e pela força para nunca desistir.

Aos meus avós maternos Silva Muelo e Celeste Pandombela por me ensinar a dar valor as pessoas e ao trabalho, e, por me mostrarem a importância de ser humilde.

Aos avós Kafumana e Lina Moises Cameia por me acolher durante um ano em vossa casa, possibilitando a continuação da minha formação.

Ao avó Armando Kaliale, pelo suporte, confiança e pelo amor a nossa família.

Ao Avó Efraim Catito pelo suporte, confiança e pelo amor a nossa família.

À minha mãe, Victória que é minha heroína viva. Agradeço pelo amor, suporte, incentivo, confiança e pelas lutas feitas para concretizar os meus objetivos.

Ao meu pai, Semeliano, pelos conselhos, dedicação, coragem, força, acreditar em mim e pelas lutas feitas para concretizar os meus objetivos.

Ao meu irmão, António da Silva Cameia, por estar sempre ao meu lado para o que desse e viesse.

Aos meus irmãos Beatriz N. da Silva, Benedito M. da Silva, Alfredo J. da Silva, Celeste P. da Silva, José C. da Silva Cameia, Tanivaldo C. Cameia, António C. Pedro e Lúcia B. da Silva, pela consideração, amor, carinho e coragem que me têm dado para lutar.

Ao meu amigo e colega, Alexandrino Martinho Sangunga Simão, pelos conselhos, companheirismo, amizade, suporte e pela empatia.

Aos meus Tios Hélder Songo Cameia, Regina Cameia, pelo suporte, carinho e dedicação.

Aos tios Valério Jamba, Silvina Jamba e Beatriz da Silva pelo amor e carinho.

Ao meu amigo José Augusto Kaweye pelo companheirismo e conselhos.

Ao meu companheiro Marcos Francisco Pinto Marques, pela força e conselhos.

À todos os colegas do instituto superior politécnico que viemos juntos, como; António Tchissoca, Domingos Samanjata, Eunice Festo, Fátima Dantas, Hérculano Henriques, Zeferino Lucas, Lote Miguel,

Marino Leopoldo, Mónica Domingos, Santos Mota e Wilson Lucamba. Agradeço pela convivência.

À direção da Universidade José Eduardo dos Santos, por me ter enviado para a formação.

À direção do Instituto Superior Politécnico pela confiança e por ter me enviado para a formação.

Ao professor Hélder Lucas Chipindo, pelo incentivo e por mediar o processo da nossa vinda.

À prof<sup>a</sup> Betina H. S. Meirelles por compartilhar comigo o seu conhecimento e por direcionar a minha formação.

À prof<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann pelo acolhimento e suporte.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e a todos os professores pelo ensino de excelência, suporte e conhecimento compartilhado.

À Dra. Vânia Marli Schubert Backes pelo acolhimento e suporte.

Ao Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica, pelo convívio e aprendizagem.

À direção do Hospital Sanatório pelo acolhimento.

À todos os profissionais de saúde do hospital sanatório e pacientes que aceitaram participar no estudo. pela disponibilidade e confiança.

Às professoras membros da banca de qualificação e sustentação, Dr<sup>a</sup> Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Dr<sup>a</sup> Sabrina da Silva de Souza, Dr<sup>a</sup> Jussara Gue Martini, Dr<sup>a</sup> Eliana Pereira do Nascimento, bem como à doutoranda Veridiana Tavar, pela disponibilidade.

À vocês meu Muito Obrigado!

*Nunca devemos desistir da vida nem  
pensar em deixar de caminhar. Por  
mais que tenhamos dificuldades pelo  
caminho, podemos transpor o caos da  
emoção e superar nossas angústias...*

*Augusto Cury*



## RESUMO

A tuberculose (TB) tem sido a principal causa de hospitalização e mortes entre pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A taxa da coinfeção por Tuberculose no mundo é de 63% em pessoas que vivem com HIV e a tuberculose continua a representar um desafio significativo para a resposta a epidemia. A África tem um grande número de casos de aids e a maior carga de coinfeção de HIV/TB. Para fazer frente a estas doenças é necessário que as pessoas afetadas façam o tratamento de forma adequada. A adesão ao tratamento tem sido um assunto que vem sendo referenciado constantemente nos planos de enfrentamento da tuberculose e do HIV. Todos os profissionais que estão vinculados ao tratamento de pessoas coinfectadas precisam trabalhar no sentido de incentivar as mesmas, principalmente as mais suscetíveis ao abandono do tratamento. O objetivo do estudo foi compreender os desafios frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV, em um Serviço de Referência, em Huambo/Angola. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial, realizada no hospital sanatório de Huambo-Angola. Participaram 18 pessoas coinfectadas por HIV/TB e 11 profissionais de saúde. A análise de dados foi realizada mediante a análise de conteúdo convencional, com auxílio do software NVivo® para organização dos dados. Os resultados foram apresentados em forma de dois manuscritos, intitulados: “Os desafios frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV” e “Estratégias dos profissionais de saúde frente aos desafios da adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV”. No primeiro manuscrito evidencia-se que os profissionais de saúde se deparam com diversos desafios na sua prática do cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV como a concepção das pessoas sobre estas doenças, os fatores sócio-econômicos, discriminação e exclusão social, problemas estruturais dos serviços, dentre outros. No segundo manuscrito, aponta-se que os profissionais de saúde e os gestores adotam estratégias para fazer frente as dificuldades na adesão ao tratamento com gestão responsável, melhoria do acesso e acolhimento, respeito, trabalho dos fatores motivadores como o apoio familiar e valor da vida. Conclui-se que os profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas coinfectadas pelo HIV/TB têm enfrentado diversos desafios e adotam estratégias para fazer frente a estas dificuldades. Os achados do estudo oferecem

subsídios para a construção de uma proposta ou plano de ação que vise diminuir o abandono ao tratamento do HIV/TB e resgatar pessoas que desistiram do tratamento, considerando que, como foi demonstrado, a adesão sempre é multifatorial.

**Palavras Chave:** HIV. Tuberculose. Coinfecção. Tratamento. Adesão à medicação. Cuidado. Pacientes desistentes do Tratamento.

## ABSTRACT

Tuberculosis has been the main cause of hospitalization and death in those people who are infected by Human Immunodeficiency Virus (HIV). The rate of coinfection by Tuberculosis (TB) in the world is 63% in those people who live infected with HIV and tuberculosis continue to represent a significant challenge to answer this epidemic. Africa has a significant number of AIDS infections and a great load of coinfection by HIV/TB. To face these diseases is necessary that infected people make an adequate treatment. The support of the treatment has been constantly linked to coping plan of tuberculosis and HIV. All the professionals involved in treating coinfecting people should work to encourage them, mainly those more susceptible to quit the treatment. The goal of this research is to understand the challenge involved in the tuberculosis treatment with people infected by HIV, in a Service of Reference, at Huambo/Angola. It is related to a qualitative research as convergent care, accomplished at Huambo-Angola sanatorium hospital. Participated to this research 18 coinfecting people by HIV/TB and 11 healthcare professionals. Data analyses were done by conventional subject analyses, by using NVivo® software to organize the data. Results was showed by means of two manuscripts, entitle: “The challenges ahead adherence to treatment of tuberculosis in people living with HIV” and “Strategy of healthcare professional in their challenges of adherence to treatment of tuberculosis in people living with HIV tuberculosis treatment with people infected by HIV”. The first manuscript highlight the challenges faced by healthcare professionals in their care to the adherence of tuberculosis treatment with people infected by HIV as and what people think about these diseases, the socio-economic factors, prejudice and social exclusion, structural service problems, etc. The second manuscript highlight that the healthcare professionals and managers adopt strategies to face the difficulties in supporting the treatment with responsible management, accesses improvement and reception, respect, working motivational factors as a family support and value of life. In conclusion, healthcare professionals who take care of coinfecting people by HIV/TB have been facing many challenges and they adopt strategies to face the difficulties. The results of this research provide the basis to the construction of a proposal or a coping plan to mitigate the treatment quitting of HIV/TB and rescue people who gave up the treatment, considering that, as showed, the support is always multifactorial.

**Keywords:** HIV. Tuberculosis. Coinfection. Treatment. Medication adherence. Care. Patients who quit treatment.



## RESUMEN

La tuberculosis (TB) ha sido la principal causa de hospitalización y muerte entre personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV). La tasa de coinfección por tuberculosis en el mundo es de 63% en personas que viven con HIV y la tuberculosis continúa siendo un desafío significativo como respuesta a la epidemia. África posee un gran número de casos de aids y la mayor carga de la coinfección HIV/TB. Para hacer frente a esta enfermedad es necesario que las personas afectadas realicen el tratamiento de forma adecuada. La adhesión al tratamiento ha sido un asunto que viene siendo referenciado constantemente en los planos de enfrentamiento de la tuberculosis y del HIV. Todos los profesionales que están vinculados al tratamiento de personas coinfectadas necesitan trabajar en el sentido de incentivarlos, principalmente a los más susceptibles al abandono del tratamiento. El objetivo de este estudio fue comprender los desafíos frente a la adhesión al tratamiento de la tuberculosis en personas que viven con HIV, en un Servicio de Referencia, en Huambo/Angola. Se trata de un estudio cualitativo de tipo convergente asistencial, realizado en el hospital sanatório de Huambo-Angola. Participaron 18 personas coinfectadas por HIV/TB y 11 profesionales de salud. El análisis de datos fue realizado mediante el análisis de contenido convencional, con ayuda del software NVivo® para organización de los datos. Los resultados fueron presentados en forma de dos manuscritos, intitulados: “Los desafíos frente a la adhesión al tratamiento de la tuberculosis en personas que viven con HIV” y “Estrategias de los profesionales de salud frente a los desafíos de la adhesión al tratamiento de la tuberculosis en personas que viven con HIV”. En el primer manuscrito se evidencia que los profesionales de salud se enfrentan con diversos desafíos en su práctica del cuidado frente a la adhesión al tratamiento de la tuberculosis en personas que viven con HIV como la concepción de las personas sobre estas enfermedades, los factores socio-económicos, discriminación y exclusión social, problemas estructurales de los servicios, entre otros. En el segundo manuscrito, se apunta que los profesionales de salud y los gestores adoptan estrategias para hacer frente a las dificultades en la adhesión al tratamiento con gestión responsable, mejoría en el acceso y acogida, respeto, trabajo de los factores motivadores como el apoyo familiar y valor de la vida. Se concluye que los profesionales de salud que prestan cuidados a personas coinfectadas por HIV/TB han

enfrentado diversos desafíos y adoptan estrategias para hacer frente a estas dificultades. Los resultados del estudio ofrecen subsídios para la construcción de una propuesta o plano de acción que va a disminuir el abandono al tratamiento del HIV/TB y rescatar personas que desistieron del tratamiento, considerando que, como fue demostrado, la adhesión siempre es multifactorial.

**Palabras Clave:** HIV. Tuberculosis. Coinfecção. Tratamiento. Adhesión a la medicación. Cuidado. Pacientes desistentes del Tratamiento.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características socio-demográficas das pessoas coinfectadas pelo HIV/TB .....	53
Quadro 2. Caracterização dos participantes da pesquisa - Profissionais de saúde.....	55
Quadro 3. Características sócio-comportamentais das pessoas coinfectadas pelo HIV/TB.....	56
Quadro 4. Aspectos do Diagnóstico e Tratamento das pessoas com HIV/TB.....	58
Quadro 5. Categorias a partir do Processo de análise dos dados. ....	61



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categorias que compõem o Segundo manuscrito 1: Desafios dos profissionais de saúde na sua prática do cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV. .....	63
Figura 2 – Categorias que compõem o primeiro manuscrito 2: Estratégias dos profissionais de saúde na sua prática do cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV. .....	64



## LISTA DE ABREVIATURAS

+3TC	Lamivudina
CD4+	Grupamento de diferenciação 4 (ou cluster of differentiation, em inglês)
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EFV	Efavirenz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ITRN	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos Nucleosídeos
LT-CD4 <sup>+</sup> ou LTh	Linfócito T auxiliar, célula T colaboradora, LT helper
LT -CD8 <sup>+</sup>	Linfócito T supressor ou T citotóxico
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MINSa	Ministério da Saúde de Angola
ONG	Organização Não Governamental
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
QSR Nvivo	Developer(s) Stable release Operating system
TH1	Linfócitos T helper, células T auxiliares
TB	Tuberculose
TARV	Terapia Antirretroviral
TDF	Tenofovir
LILACs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde





## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	27
<b>2 OBJETIVOS</b>	35
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	37
3.1 Tratamento do HIV e a Tuberculose	37
3.2. Abandono do Tratamento na Coinfecção TB/HIV e o Cuidado..	39
<b>4 METODOLOGIA</b>	43
4.1 Caracterização do Local	43
4.2 Participantes da Pesquisa	44
4.3 Prática Assistencial Realizada	45
4.4 Entrada e Saída no Campo	46
4.5 Coleta de Dados	46
4.6 Análise dos Dados	49
4.7 Aspetos Éticos	51
<b>5 RESULTADOS</b>	53
5.1 Caracterização dos Participantes	53
5.2 Mudanças na Prática Assistencial	60
5.3 Apresentação das Subcategorias e Categorias	61
5.4 Manuscrito 1: Os Desafios Frente a Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Pessoas que Vivem com HIV em angola	64
5.5 Manuscrito 2: Estratégias dos Profissionais de Saúde Frente aos Desafios da Adesão ao tratamento da Tuberculose em Pessoas que Vivem com HIV em Angola	87
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	115
<b>REFERENCIAS</b>	121
<b>APENDICE</b>	131
APÊNDICE 1- Roteiro de Entrevista Para os Pacientes	132
APÊNDICE 2- Roteiro de Entrevista Para os Profissionais de Saúde	139
APÊNDICE 3- Roteiro De Observação	141
APÊNDICE 4- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Pacientes	142
APÊNDICE 5- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Profissionais de Saúde	145
<b>ANEXOS</b>	148
ANEXO A– Declaração de Autorização da pesquisa na Instituição...	149
ANEXO 2 – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	150



## 1 INTRODUÇÃO

O HIV é uma doença crônica, descoberta a mais de 30 anos, relatada pela primeira vez em 1981, continua sendo um dos principais problemas de saúde e mortalidade no mundo. Em 2014, havia 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV, detectando-se 2,0 milhões de novas infecções e 1,2 milhões pessoas que morreram com HIV (WHO, 2015). Ao se considerar as infeções associadas, em 2015, uma em cada três mortes de pessoas que vivem com HIV foi devido a TB, em nível do mundo (WHO, 2016a).

Até o final de 2014, em nível global, 14,9 milhões de pessoas vivendo com HIV receberam antirretrovirais. A incidência do HIV em indivíduos entre 15-49 anos de idade foi de 0,5 por 1.000 habitantes, com cerca de dois milhões de pessoas infectadas no ano (WHO, 2015, 2016b).

Não obstante os esforços que têm sido empreendidos e a evolução significativa, ainda assim, na África ainda é uma grave ameaça de saúde pública (UA, 2016). No continente Africano, a incidência do HIV está aumentando, visto que, o progresso não está sendo rápido e suficiente, não está atingindo muitas das populações de maior risco para a infecção pelo HIV (WHO, 2016c).

O HIV/aids continua sendo uma das principais causas de morte na África. Em 2014 morreram 800.000 pessoas por HIV e cerca de 1,4 milhões de pessoas foram infetadas com o HIV (UA, 2016). Sete em cada 10 pessoas que vivem com HIV estão na África sub-saariana, onde o HIV é uma das principais causas de morte entre os adultos, mulheres em idade fértil e crianças (WHO, 2015).

A incidência da infecção pelo HIV nos indivíduos entre 15-49 anos de idade é mais alta em África, no ano 2014, e foi de 2,6 por 1000 habitantes, enquanto que em outras regiões, varia de 0,1 a 0,4 por 1000 habitantes (WHO, 2016b). Na África subsaariana, a taxa de cobertura de antirretrovirais é de 10,7 milhões de um total de 25,8 milhões de pessoas vivendo com HIV (WHO, 2015).

No contexto da África Austral, concernente ao HIV, Angola é um dos países com prevalência baixa, com 2% da população. No período compreendido entre 2004 a 2012 foram diagnosticados 97.407 casos de HIV em Angola (UCAN, 2013).

A incidência tem sido maior nas zonas urbanas, principalmente em pessoas heterossexuais nas quais se detectou 79,2% dos casos. O HIV em Angola tem sido mais predominante no sexo feminino e em indivíduos com idade compreendida entre os 25 e 29 anos. Malanje é a

província com mais casos, seguida por Cunene, sendo a zona fronteiriça com maior prevalência (UCAN, 2013).

Existe também subvalorização e preconceitos sobre o risco de transmissão do HIV/SIDA, dado que, existe rejeição do uso de preservativos, aceitação social da poligamia, barreiras culturais e religiosas para o uso de meios de prevenção (ANGOLA, 2014).

Em 2015, em Huambo, existiam 85.670 pessoas vivendo com HIV, destes 922 foram identificados de janeiro a junho de 2015. A média de casos na província do Huambo é de três soropositivos para cada 100 habitantes. Entre os 11 Municípios da Província, Huambo, Caála e Bailundo têm a maior prevalência. É de salientar que o primeiro caso de HIV/aids na província do Huambo foi registado em 1990, no Hospital Central (ANGOLA, 2015a).

A principal causa de hospitalização e mortes entre pessoas que vivem com HIV é a tuberculose (TB) (WHO, 2016d). A TB é uma doença infecciosa crônica, que está expandida em todo o mundo. No ano de 2014, 9,6 milhões de pessoas foram afetadas por esta doença, que foi responsável pela morte de 1,5 milhões indivíduos. Aproximadamente um milhão de crianças ficaram doentes e 140.000 morreram por TB no mesmo período. (WHO, 2016a; WHO, 2016b).

Cerca de 80% dos casos de TB notificados em 2014 ocorreu em 22 países, entre os quais, a Índia, Indonésia, Nigéria, Paquistão, República Popular da China e a África do Sul destacam-se como tendo o maior número de casos (WHO, 2016a).

A incidência da TB em nível mundial varia consideravelmente: cerca de 1.000 ou mais casos por 100 mil habitantes na África do Sul e Suazilândia, e, menos de 10 casos por 100 mil habitantes em alguns locais das Américas, da Europa Ocidental, Japão, Austrália e Nova Zelândia (WHO, 2013).

Em cada ano, mais de três milhões de pessoas que desenvolvem TB tornaram-se casos perdidos ou não são diagnosticados, resultando em mortalidade alta, especialmente na África e Sudeste Asiático (WHO, 2015).

Em 2014, a incidência da TB foi maior no Sudeste Asiático e Regiões do Pacífico Ocidental, respondendo por 58% dos novos casos no mundo. A África carregou o fardo mais grave, com 281 casos por 100 mil habitantes (WHO, 2016a; WHO, 2016b).

Dentre os principais fatores relacionados à susceptibilidade de pessoas à tuberculose em Angola, encontramos: alcoolismo, má nutrição, HIV, viver em zonas fronteiriças e pobreza. Também existem dificuldades associadas ao tratamento, como: o alcoolismo, a pobreza, o

nível acadêmico e outros intervenientes negativos na adesão e, continuidade do tratamento (ANGOLA, 2012; UCAN, 2013).

A TB está entre as cinco causas de adoecimento em Angola, é considerado um problema de saúde pública, sendo que em 2011 a prevalência da tuberculose foi de 256 casos em cada 100 mil habitantes (ANGOLA, 2012; UCAN, 2013).

No ano 2014, existiam 200 mil pessoas infectadas pela tuberculose, sendo um país com 25 milhões 789 mil 024 habitantes (ANGOLA, 2015c). No mesmo período, na província do Huambo, houve 783 casos novos de tuberculose e morreram 71 pessoas por TB (ANGOLA, 2015d).

A taxa da coinfeção HIV/TB no mundo é de 63% em pessoas que vivem com HIV, a tuberculose continua a representar um desafio significativo para a resposta ao HIV (WHO, 2016d). A África tem maior carga de coinfeção de HIV/TB, 74% de pessoas com TB foram submetidas à testagem sorológica (WHO, 2013).

A prevalência da coinfeção HIV/TB em 2012 em Angola foi de 27 casos por 100 mil habitantes (ANGOLA, 2014), com a incidência de coinfectados de 978 casos novos. Em 2014, no Huambo, foram registados 25 casos de coinfeção de TB e HIV/aids (ANGOLA, 2012, 2015d).

O número de casos novos da coinfeção HIV/TB em países de baixa renda tem sido maior em relação a países de alta renda. Em todo o mundo, a proporção de casos fatais varia muito entre os países, indicando grandes desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como, dificuldades que existem na deteção de TB e tratamento. (WHO, 2016a; WHO, 2016b).

Tem se notado também avanços na concretização dos processos conjuntos da TB e HIV, destacando-se a testagem de HIV a pessoas com TB, o aumento dos cuidados a pessoas soropositivas com TB através da terapia antirretroviral, fortificando o processo da triagem para a TB entre pessoas vivendo com HIV, assim como, o tratamento nos casos sem TB ativa com a terapia preventiva de isoniazida (WHO, 2013).

Para o enfrentamento da TB utiliza-se um esquema básico de tratamento que consiste na combinação de quatro fármacos, no qual encontramos rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. Esta combinação medicamentosa é usada em casos novos de quase todos os tipos de TB, tanto pulmonares como extrapulmonares, e em infectados ou não pelo HIV (ANGOLA, 2014).

No caso do tratamento da coinfeção HIV/TB tem-se a administração de dois esquemas terapêuticos de forma paralela, sendo os antirretrovirais e antituberculose (LEMOS et al., 2012).

Apontam-se vários fatores que estão diretamente ligados ao sucesso ou não do tratamento das pessoas coinfectadas pela TB e HIV, destacando as relações interpessoais, o estigma e a negação da doença. O indivíduo enfrenta preconceito devido ao aspecto físico que vai adquirindo pelo quadro clínico da coinfeção, principalmente o emagrecimento, que por sua vez, trará consigo o isolamento social, e consequentemente, vive um conflito que pode levar ao abandono do tratamento (NEVES et al., 2012).

Outro fator associado ao abandono do tratamento da TB é a ingestão de drogas psicoativas, a qual ocasiona um conflito entre o cumprimento do tratamento e diversão (SOUSA FILHO et al. 2012).

A adesão ao tratamento tem sido um assunto que vem sendo referenciado constantemente nos planos de enfrentamento da TB e HIV, todos os profissionais que estão vinculados ao tratamento de indivíduos coinfectados devem trabalhar no sentido de incentivar os mesmos, principalmente indivíduos mais suscetíveis, ao abandono do tratamento (HINO et al., 2012).

A adesão ao tratamento integra o cumprimento da dose e frequência prescrita de forma adequada, bem como a realização de exames e consultas médicas. Assim, é imprescindível que o indivíduo compareça às consultas agendadas com a equipe multidisciplinar, efetue exames de acompanhamento em períodos recomendados, busque os fármacos na data exata, ingira as doses farmacológicas em quantidades e períodos corretos e, não abandonando o tratamento (BRASIL, 2013)

Neste contexto, a adesão é um processo ativo e com diversos fatores envolvidos como: físicos, psicológicos, sociais e comportamentais. É necessário que os indivíduos coinfectados com HIV/TB compartilhem as suas decisões com equipe de saúde, rede social e outros elementos envolvidos neste processo (BRASIL, 2013).

É relevante que as pessoas coinfectadas compreendam as características das doenças, objetivo do tratamento e participem da decisão de começá-lo. No entanto com o acesso a informação, o paciente promove a sua própria autonomia, se fortifica para enfrentar as dificuldades impostas pelas doenças e o tratamento. A inspeção médica e psicossocial do paciente possibilita identificar as formas de combater e as diversidades na aceitação do diagnóstico de TB associada ao HIV (BRASIL, 2013).

A adesão ao tratamento a nível do mundo é considerada adequada, quando a taxa de adesão é maior que 80%, pois, na terapia antirretrovirais para alcançar êxito é necessária uma taxa de adesão de pelo menos 95% (COHEN; MEYERS; DAVIS, 2013).

Assim, ao trazer esta discussão para a realidade de Angola, torna-se relevante salientar que o sistema de saúde Angolano é constituído por três níveis de atenção, onde encontramos o nível de atenção primária, secundária e terciária. Tem havido esforços para enfrentar o HIV a partir da melhoria do atendimento ao público, por meio do aumento dos serviços de aconselhamento e testagem de forma a prestar assistência em adultos, crianças e mulheres grávidas, isto em 86 clínicas móveis e 1.148 Unidades de saúde (ANGOLA, 2012; UCAN, 2013).

Existe o Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Aids, com carácter transversal e intersectorial, que abarca diversos níveis, tais como: os Ministérios, Membros da Comissão Nacional de Luta Contra a aids e Grandes Endemias, Comitês Provinciais, Setor Público e Privado, Igrejas, ONGs, e outros, liderados pelo Instituto Nacional de Luta contra o SIDA (INLS), criado à luz do decreto n. 7/05, de nove de Março de 2005, sendo o elemento principal do Ministério da Saúde de Angola (MINSa) (ANGOLA, 2012).

O Governo e outros setores veem trabalhando, para executar o Programa Nacional de Combate a Tuberculose, pois para o diagnóstico da TB, em Angola existem 134 laboratórios. A estratégia do Tratamento com Esquema Curto Diretamente Observado, sendo um processo indicado pela Organização Mundial da Saúde, no sentido de proporcionar o tratamento supervisionado da tuberculose, que favorece a prevenção e o tratamento da coinfeção TB/HIV (ANGOLA, 2012).

Medidas que visam à prevenção e controle da TB em Angola foram impementadas, mediante: a vacinação dos recém-nascidos com BCG, a abordagem terapêutica dos doentes coinfectados com HIV/TB, a realização do teste de HIV em todos os doentes com TB, a monitorização da multirresistência às drogas, o reforço das intervenções em grupos de risco como crianças e o controle de casos bacilíferos em presos (ANGOLA, 2012; UCAN, 2013).

Foi estabelecido o programa de rastreamento de TB às pessoas que vivem com HIV e a prevenção da TB com isoniazida, sendo um processo sistematizado, nos âmbitos: Nacional, Província, Municipal e Local, pois os serviços de aconselhamento e testagem abrangem todas as unidades que prestam assistência à pacientes com TB. O esquema de

tratamento com antirretrovirais segue as diretrizes para o enfrentamento da coinfeção, e é revisado a cada dois anos (ANGOLA, 2012).

O interesse pelo tema vem me acompanhando desde a minha graduação em Enfermagem, quando venho trabalhando com pessoas infectadas pela TB. Como parte de um grupo de pesquisa que realiza estudos epidemiológicos e durante o meu estágio pré-profissional, tive a experiência de trabalhar no hospital sanatório do Huambo. Durante este convívio laboral, participando na assistência, fazendo consultas de enfermagem e palestras, percebi as dificuldades que indivíduos coinfectados com TB/HIV e os profissionais de saúde enfrentam, sobretudo no que diz respeito à adesão e continuidade do tratamento.

A relevância da infecção pelo HIV e a TB, para além de serem enfermidades crônicas, se dá por também serem doenças transmissíveis e exigirem maior esforço para controlar estas duas patologias, na família e na sociedade. Além de que, a TB tem sido a principal causa de morte em pessoas com HIV, e faz parte dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, que é de reduzir o índice do HIV e TB (BRASIL, 2013).

Neste contexto, achou-se interessante abordar as duas patologias, focando o cuidado a pessoas com HIV/TB, mais especificamente com relação à adesão ao tratamento. Fez-se uma busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Google, observaram-se poucos artigos publicados referentes ao tema no continente africano, especificamente em Angola. Também se constatou, mediante a revisão da literatura, que tem se abordado pouco acerca de procedimentos que visam à adesão ao tratamento da TB de pessoas com HIV e como os profissionais tem enfrentado a questão no seu cotidiano de trabalho.

Como mestrando em Enfermagem, vinculado ao NUCRON – Laboratório de Estudos e Pesquisa em Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica, que vem desenvolvendo pesquisas sobre o tema e considerando a experiência de trabalho com pessoas que vivem com TB associada ao HIV, relacionando com as dificuldades que os indivíduos e os profissionais enfrentam, tornou-se oportuno levar adiante uma pesquisa sobre as ações que se desenvolvem para o enfrentamento desta questão.

Muitas vezes os indivíduos coinfectados desenvolvem ideias incoerentes, desistem de lutar pela vida, pela suposta iminência de morte que eles presumem em torno do seu estado de saúde, com situações difíceis relacionadas ao acesso ao tratamento e serviços, associadas a outros fatores. Assim, estas pessoas não aderem ou abandonam o



tratamento, o que também traz muitos desafios para o cuidado realizado pelos profissionais de saúde (RODRIGUES et al., 2010). Então, surge a questão de pesquisa: **Quais são os desafios frente à adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV?**

Espera-se que o conhecimento construído a partir desta pesquisa possa contribuir no desenvolvimento das políticas e práticas de cuidado para a melhoria da adesão das pessoas com HIV/TB ao tratamento.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender os desafios frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV, em um Serviço de Referência de Huambo/Angola.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer os desafios frente à adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem HIV, no Huambo/Angola.
- Conhecer as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde frente aos desafios na adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV, no Huambo/Angola.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é um processo que consiste em contextualizar teoricamente o tema e o problema a ser estudado. É resultado de um conjunto de buscas e análise do que já foi publicado sobre o assunto. Desempenha um papel preponderante, pois permite a fundamentação e demonstração da forma que está sendo abordado o tema e/ou problema a ser pesquisado (UFSC, 2005). Neste capítulo discutiu-se assuntos que dão ênfase ao estudo, com os seguintes temas: Tratamento do HIV e a Tuberculose e, Abandono do Tratamento na coinfeção TB/HIV e o cuidado.

#### 3.1 TRATAMENTO DO HIV E A TUBERCULOSE

As novas diretrizes da Organização das Nações Unidas recomendam que os fármacos antirretrovirais sejam prescritos para as pessoas soropositivas o mais rápido, se possível após o diagnóstico do HIV (ONUBR, 2015).

É imprescindível que se inicie o tratamento do HIV de forma precoce, assim que, o CD4 (Linfócito T auxiliar) tiver abaixo de 500, para isso, aconselha-se fazer o diagnóstico precoce do HIV e fazer os testes de contagem CD4. Também é necessário prestar assistência antes do começo, ao iniciar e durante a terapia antirretroviral (UNAIDS, 2015).

Uma das causas do início precoce da terapia antirretroviral é a coinfeção TB/HIV, caracteriza a pessoa que vive com HIV como sintomático e nestes casos indica-se a terapia antirretroviral sem ter em conta a contagem de CD4 (Linfócito T auxiliar). Considera-se que o início precoce da terapia antirretroviral nestes casos diminui a mortalidade (ANGOLA, 2014).

No processo de prestar atenção às pessoas com HIV, é preciso fazê-lo paralelamente com o acompanhamento as intervenções sobre a TB, tais como; a identificação dos casos de TB, fazer a terapia preventiva de isoniazida e, controlar e tratar os casos com TB (ANGOLA, 2014).

A principal forma de prevenir a TB ou enfrentar a TB latente em pessoas que vivem com HIV, é a administração de isoniazida acompanhada com a TARV, reduzindo a morbidade de TB ativa e mortalidade pelo HIV. Indica-se este tratamento a pessoas soropositivas com contactos intradomiciliares ou institucionais com pacientes bacilíferos e em indivíduos com HIV que na radiografia de tórax existe

cicatriz e, sem tratamento anterior de TB (ANGOLA, 2014; BRASIL, 2013).

O esquema de tratamento da TB é usado em casos novos de quase todos os tipos de tuberculose, tanto pulmonar como extrapulmonar e infectados ou não pelo HIV (ANGOLA, 2012; UCAN, 2013).

A terapia da TB tem sido eficaz quando é feita de forma adequada e contínua, mas tem alguns efeitos adversos menores como: náuseas, vômitos, dor em região epigástrica, dores articulares, artralgia, cefaleia, mudanças de comportamento, suor, febre e outros. Nestes casos não é preciso suspender o tratamento que está sendo usado (ANGOLA, 2012; UCAN, 2013).

Para assegurar a qualidade de vida de pessoas coinfectadas é necessário fazer tratamento da TB e estar submetido à terapia antirretroviral (SOUZA, 2014). Pessoas coinfectadas pelo HIV/TB com CD4 (Linfócito T auxiliar) menor de 200 células/mm<sup>3</sup> ou com sinais de imunodeficiência no estado avançado iniciam a terapia antirretroviral na 2ª semana após o começo da terapêutica para a TB, mas de forma geral, a terapia antirretroviral começa 8 semanas depois de terminar a fase intensiva do tratamento da TB, pois, não se deve começar com os dois esquema terapêutico de um só vez (ANGOLA, 2014). Quando a contagem de CD4 (Linfócito T auxiliar) não está disponível durante o diagnóstico de TB, o avanço do déficit imunológico é baseado pela clínica e nos resultados laboratoriais, e nestes casos a terapia antirretroviral é inserida 15 dias após o começo do tratamento da tuberculose (ANGOLA, 2014).

Pessoas com HIV que ainda não foram submetidas ao tratamento antirretroviral, durante o tratamento da TB o esquema antirretroviral de eleição é composto por TDF (tenofovir)+3TC (lamivudina)+EFV (efavirenz) (ANGOLA, 2014; USAID, 2016).

Pode ocorrer resistência e/ou toxicidade aos fármacos e resposta exacerbada das células colaboradoras linfócitos, no princípio do tratamento da TB, onde há formação de granulomas, aumento de lesões, linfadenomegalias que podem levar à perfuração de órgãos. Pois, é uma resposta aos antígenos micobacterianos e não significa falha no tratamento da TB (ANGOLA, 2014).

Os conhecimentos, atitudes, crenças, percepções e expectativas que as pessoas coinfectadas possuem podem influenciar de forma negativa na terapêutica (SOUZA FILHO, et al., 2012). Durante o tratamento, as pessoas sentem medo por causa da associação do HIV/TB e da morte consequente das doenças (NEVES, et al., 2012; ZOHAR et

al., 2014). Cumprir com os dois esquemas de tratamento e suportar as reações adversas é uma condição difícil. O mal-estar geral sentido no organismo transforma-se na própria enfermidade (SILVA, 2015). Mas, quando a pessoa coinfetada pela TB/HIV estiver determinada e conseguir conciliar o tratamento com o cotidiano, o autocuidado passa a ser a afirmação da vida. Não se leva pela depressão, desenvolve resiliência, promove o seu empoderamento (SILVA, 2015).

Existem pessoas coinfetadas que enfrentam dificuldades no seu cotidiano, por serem de baixo nível socioeconômico e acadêmico, viciados em drogas e bebidas alcóolicas. Acrescido aos problemas relacionado aos serviços de saúde, desistem ou não aderem ao tratamento (SILVA, 2015; SOUSA FILHO et al., 2012).

Mesmo diante das diversas dificuldades, algumas pessoas coinfetadas realizam o tratamento, pois o tratamento é compreendido como algo que permite prolongar a vida (SOUSA FILHO et al., 2012; SILVA et al., 2015).

Faz-se necessário integrar o controle e tratamento da TB com o HIV. Precisa-se elaborar mecanismos ou políticas que possibilitem minimizar o impacto epidemiológico da TB sobre o HIV ou do HIV sobre a TB, entre os quais, o diagnóstico precoce das doenças, iniciar a terapia antirretroviral, pesquisar a infecção por TB nos indivíduos soropositivos, tratamento da TB latente, e capacitação dos profissionais (NEVES et al., 2012).

### 3.2. ABANDONO DO TRATAMENTO NA COINFECÇÃO TB/HIV E O CUIDADO

É considerado como ato de abandono quando a pessoa, depois de ter começado o tratamento, deixa de comparecer à Unidade de Saúde, ficando mais de trinta dias seguidos sem tomar a medicação, após a data prevista do seu retorno (RODRIGUES, 2010).

O abandono é caracterizado como falha do paciente em retirar suas medicações, falta à consulta médica e admitindo não estar tomando as medicações prescritas (CHIRINOS; MEIRELLES, 2011). A adesão é o oposto de abandono, pois consiste na procura de atendimento médico, seguir as prescrições, usar os fármacos de forma correta, comparecer a consultas de rotina e realização de mudanças comportamentais que influenciam no tratamento (WHO, 2003).

No decorrer do tratamento, pessoas que tinham abandonado e mais tarde começam de novo, têm maior probabilidade de voltar a

abandonar, em relação aos que o começam pela primeira vez (SILVA; ANJOS; NOGUEIRA, 2014).

Entre os principais fatores que influenciam para o abandono do tratamento encontra-se a pobreza, o uso de drogas, as dificuldades no acesso ao tratamento, a falta de informação sobre a doença, o excesso de medicamentos e os efeitos adversos (RODRIGUES, et al., 2010). É necessário que os profissionais estejam atualizados no sentido de identificar as principais barreiras associadas ao abandono da medicação proposta (SILVA; SOUSA; SANT'ANNA, 2014).

As pessoas coinfectadas TB/HIV, na maioria das vezes, quando abandonam o tratamento farmacológico, deixam de comparecer às consultas, realizar qualquer exame e outras atividades ligadas ao autocuidado (BRASIL, 2013). Isto traz diversas consequências para a sociedade, para a família e a si mesmo, pois ao desistir do tratamento os indivíduos desenvolvem várias complicações, tais como, a transmissão da doença a outras pessoas, resistência dos fármacos, agravamento das doenças e outras, dificultando a eficácia e eficiência das intervenções realizadas pelos atores que trabalham em prol da prevenção e tratamento destas doenças (SPINASSI et al., 2016).

A equipe de saúde deve estar em alerta, durante o tratamento, para identificar as adversidades que podem levar o indivíduo a abandonar o tratamento, assim como, fazer um acompanhamento contínuo, manter as ações preventivas e terapêuticas para gerenciar efeitos colaterais, toxicidades, dependência química, depressão e outros obstáculos (BRASIL, 2013).

Todos os profissionais de saúde devem participar nas estratégias de intervenção, fazendo uma abordagem adequada respeitando os princípios éticos legais da atividade. Estes indivíduos precisam de um cuidado contínuo e de excelência, para que seja efetivado, independentemente do cuidador a pessoa coinfectada deve ser tida como elemento ativo deste processo, para entender a sua enfermidade, condição e ajudar neste processo (BRASIL, 2013).

Devido ao abandono, falha ao tratamento e ocorrência de eventos adversos em pessoas com coinfecção TB-HIV, é primordial a intensificação de estratégias de adesão ao tratamento das duas doenças (BRASIL, 2013). A adesão incompleta ao tratamento influencia na propagação das doenças (KLOPPER, et al., 2013).

A não-adesão ao tratamento, favorece a deterioração das condições clínicas do paciente, altera a qualidade de vida, assim como, o agravamento das doenças (SOUSA FILHO, et al., 2012).



Dificuldades relacionadas à questão socioeconômica, fatores sociais, estilo de vida e ao tratamento, causam interferência significativa na adesão ao tratamento (SOUSA FILHO, et al., 2012). Também existem fatores relacionados ao serviço de saúde, como, a estrutura física, a organização do trabalho para ao controle das doenças e as dificuldades de acesso, que favorecem a não adesão ao tratamento (RODRIGUES, et al., 2010).

A presença do estigma e discriminação em espaços sociais como trabalho, família e amigos tem favorecido o atraso à adesão ao tratamento (SILVA, et al., 2015).

A adesão ao tratamento permanece como desafio para os programas de controle da TB e HIV/aids (HINO et al., 2012).

No entanto, todos os profissionais de saúde devem estar preparados e dispostos para prestarem uma assistência adequada, acolhedora, incluindo o diálogo. Procurando deste modo o incentivo à adesão ao tratamento e a supervisão da sua própria saúde, melhorando a sua qualidade de vida (SOUZA, 2014).

Para que a administração do cuidado seja eficaz precisa-se que o profissional esteja orientado no sentido que compreende a saúde como um direito social, para que as práticas de saúde sejam operacionalizadas por meio da ética, da responsabilidade e do acolhimento (BARRETO, 2013).

A maneira que algumas equipes da atenção primária de saúde sistematizam os seus processos de trabalho, nota-se um vazio na articulação entre profissionais e os pacientes (SA, 2012). Mas se existir um bom intercâmbio entre coinfectados e profissionais de saúde, a pessoa sente-se valorizada, com força e vontade para viver e continuar com tratamento (SILVA, 2015).

Verifica-se que o enfrentamento da coinfecção HIV e TB está ligado a um cuidado de enfermagem sistematizado, coadjuvada na promoção da saúde, no sentido interdisciplinar, a fim de favorecer o alcance de melhores condições sociais e de saúde, introduzindo mudanças de comportamentos para diminuir a morbimortalidade relacionada à coinfecção (LEMOS; FEIJÃO; GALVÃO, 2013).

Em alguns casos, a informação e a experiência prática que os profissionais possuem não tem sido o adequado para a produção do cuidado, existe a necessidade de atualizarem-se constantemente os conhecimentos e prestarem cuidados adequados, no sentido de identificar as principais barreiras que podem estar associadas a não adesão e ao abandono da medicação proposta (SILVA; SOUSA; SANT'ANNA, 2014; BARRETO, 2013).

Há profissionais de saúde envolvidos e comprometidos seriamente com o cuidado, que promovem ações que trazem um impacto positivo aos pacientes, como não quebrar a rotina da vida, pelos obstáculos impostos pelas enfermidades (SA, 2012).

Existem alguns elementos que tornam frágil o processo de trabalho de equipes de saúde, como; prestar cuidados de forma dividida, centrar as responsabilidades técnicas de cada profissional, a falta de incentivos e benefícios para pessoas coinfetadas pela HIV/TB (SA, 2012).

No que concerne a política dos gestores de cuidado a pessoas com TB/HIV, é importante começar a efetivar ações que visam inseri-los nas discussões de programas que envolvem prevenção, controle e tratamento das enfermidades (BARRETO, 2012). É relevante a intervenção da equipe de saúde de forma interdisciplinar, para manejar de forma correta as necessidades específicas do indivíduo (KOERICH, 2015).

A concretização do gerenciamento do cuidado à TB e HIV tem sido um dos desafios para o setor da saúde, desde a organização dos serviços de saúde que tem dado indicativos para o fortalecimento da administração do cuidado, mediante a solidificação das relações e responsabilidades por meio de escuta adequada e do diálogo, pois são extremamente necessárias no cuidado em saúde (SÁ, 2012; BARRETO, 2013).

Os problemas que os pacientes apresentam requerem maior atenção dos profissionais de saúde, sendo necessário profissionais comprometidos para enfrentar os aspectos que interferem na adesão ao tratamento, e, que tenham, a capacidade para dar um atendimento crítico-reflexivo, no sentido de mostrar aos pacientes a importância da continuidade do tratamento (SOUSA FILHO et al., 2012).

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que consisti em um modo de explorar e compreender o significado que as pessoas ou os grupos concedem a um problema social ou humano (CRESWELL, 2010).

Foi realizado um estudo do tipo convergente assistencial, que buscou compreender os desafios dos profissionais de saúde frente a adesão do tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV. A pesquisa feita está consorciada com a evolução do fenômeno estudado, pois que, caracterizou-se em sugerir o progresso de conhecimento tecnológico para minorar problemas, inserção de inovações e melhorar a prática assistencial dos profissionais de saúde que trabalham com pacientes coinfectados no serviço de atenção especializada e foi desenvolvida simultaneamente com a prestação do cuidado pelo pesquisador no serviço de atendimento as pessoas com TB/HIV, o que exigiu que o investigador ficasse mergulhado na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A pesquisa permitiu unir atividades de assistência e de investigação em um único lugar e tempo, sendo uma especificidade idêntica a uma espiral, possibilitando fazer um vínculo premeditado com a prática assistencial. Foi encaminhada para o comprometimento humanista do investigador em averiguar e exercer na prática assistencial em saúde a partir das concepções dos profissionais ou usuários enredados no cenário da pesquisa. Possibilitou melhorar a assistência durante e depois da investigação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Este estudo seguiu as quatro fases metodológicas preconizadas pela PCA: 1) Fase de Concepção, 2) Fase de Instrumentação, 3) Fase de Perscrutação, 4) Fase de Análise e Interpretação como se vê ao longo do presente estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

O estudo foi realizado em um serviço de referência no controle da TB e HIV, na Província do Huambo, que situa-se no continente Africano, ao sul de Angola.

A província do Huambo possui uma área de 35.771 km<sup>2</sup> e sua população é de 2 milhões de habitantes aproximadamente, sendo que a etnia predominantemente é ovimbundo. A sua capital é a cidade de Huambo, que dista a 600 km de Luanda, capital administrativa do país. É constituída por onze municípios, que são: Huambo, Bailundo, Ekunha, Caála, Catchiungo, Londuimbale, Longonjo, Mungo, Tchicala-

Tcholoanga, Tchindjenje e Ucuma. É limitada pelas províncias de Kwanza-Sul (Norte), Bié (Este), Huíla (Sul) e Benguela (Oeste).

O Hospital, onde se situa o serviço de Referência, é composto por uma secção masculina, uma feminina, a pediatria e um ambulatório. Este serviço vem dando o seu contributo para o enfrentamento da TB em Angola desde 1949, tem evoluído de forma significativa em termos de recursos humanos, materiais e em infraestrutura.

Esta unidade hospitalar está vinculada ao Sistema Nacional de Saúde, presta assistência de saúde desde o nível primário, fazendo parte deste, os postos ou centros de saúde, hospitais municipais, postos de Enfermagem e consultórios médicos. Trata-se de um hospital especializado que tem a capacidade de 200 leitos para pessoas com diagnóstico de tuberculose e/ou HIV, e conta na sua equipe com dois Enfermeiros, 63 técnicos de Enfermagem, 30 técnicos de diagnóstico e terapêutica, e oito Médicos, a fim de garantir o atendimento.

Dentre os principais fatores associados às causas de mortes nesta Unidade Hospitalar encontram-se a procura tardia dos serviços por parte dos pacientes, não adesão ao tratamento e a coinfeção HIV/TB. O ambulatório faz o atendimento a pessoas com TB e coinfectados, com um atendimento médio de 80 pacientes por dia.

O estudo foi realizado no dispensário antituberculose do Hospital, onde faz-se o atendimento de pessoas com tuberculose e coinfectadas, constituído por um consultório, uma sala de arquivos, uma sala de tratamento, uma sala de raio x, uma sala de espera ou recepção, um gabinete, uma sala de microbiologia e uma farmácia. A equipe que mantém o funcionamento normal do dispensário é constituída por dois enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, dois técnicos de radiologia, duas catalogadores, oito técnicos em análises clínicas, duas psicólogas e um médico que também trabalha em outras secções do hospital.

## 4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram no estudo 29 indivíduos. Primeiramente entrevistou-se 18 pessoas coinfectadas pelo HIV/TB. Depois foram convidados a participar todos os profissionais de saúde que prestam assistência direta a pessoas coinfectadas com TB/HIV no hospital de referência, sendo que nove aceitaram ser entrevistados. No grupo de convergência, para além dos nove profissionais entrevistados, participaram mais dois profissionais de saúde. Os participantes da pesquisa foram abordados no hospital. Como critério de inclusão utilizou-se: Estar em tratamento ambulatório por coinfeção TB/HIV

para os pacientes e para os profissionais foi prestar assistência à pacientes coinfectados há pelo menos seis meses. Acredita-se que um profissional que presta assistência a pessoas coinfectadas em um período maior ou igual a seis meses possa, vivenciar, identificar e cogitar acerca dos desafios que enfrentam no seu trabalho.

#### 4.3 PRÁTICA ASSISTENCIAL REALIZADA

O pesquisador buscou se inserir na equipe de saúde do dispensário antituberculose do hospital sanatório, realizando consultas de enfermagem a pessoas coinfectadas pelo HIV/TB, realizando orientações e palestras, finalizando a sua prática assistencial com a realização de um grupo de convergência.

A consulta de enfermagem iniciava-se com a realização da anamnese, na qual aproveitava-se para convidar o paciente para a participação na pesquisa e posterior resposta a entrevista. Depois, fazia-se o exame físico, posteriormente requisitava-se ou fazia-se a leitura dos exames laboratoriais, e por último era realizada educação para a saúde e encaminhamento do paciente para retirada dos medicamentos na farmácia do Hospital. O tempo de duração da consulta individual foi de 45 minutos, em média as consultas começavam as oito horas e terminavam as 12 horas, com uma frequência de três vezes por semana. Estas consultas foram realizadas de forma individual, no sentido de preservar a privacidade do paciente. Havia dias que um profissional do serviço acompanhava as consultas de enfermagem realizadas pelo pesquisador.

As palestras eram realizadas uma vez por semana, sendo a primeira atividade a ser executada durante o dia, e em média duravam 15 a 30 min. Era dirigida aos pacientes, mas o profissional de saúde que fazia a palestra também assistia a palestra. Finalizada a palestra, deixava-se livre para que os pacientes perguntassem ou esclarecessem se tivessem alguma dúvida, mas geralmente estes não faziam perguntas.

O grupo de convergência serviu para discutir os resultados preliminares da pesquisa, a partir das entrevistas realizadas com os pacientes e com os profissionais de saúde. Primeiramente, os profissionais de saúde identificaram-se, a seguir fez-se uma apresentação da pesquisa que culminou com a apresentação dos resultados encontrados. A partir da discussão sobre os resultados da pesquisa, propôs-se algumas sugestões e estratégias para a solução dos problemas encontrados. Finalmente fez-se a entrega aos profissionais de material para a leitura, que abordava o tratamento da coinfeção HIV/TB do Ministério da Saúde do Brasil. O grupo permitiu uma rica

troca de experiências. Participaram do grupo de convergência 11 profissionais de saúde, entre os quais quatro gestores do Hospital e teve a duração de 1h e 30 min.

#### 4.4 ENTRADA E SAÍDA NO CAMPO

Após concluída minha graduação, como professor de Enfermagem da Universidade, da área prática, tive que acompanhar os estágios dos estudantes de graduação em Enfermagem e trabalhar no mesmo hospital. Também, no mesmo período, pertencia a um grupo de pesquisa da universidade que desenvolve estudos epidemiológicos e coletava os dados sobre a TB no hospital sanatório. O vínculo com o hospital foi suspenso provisoriamente assim que iniciei o mestrado em enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina/Brasil.

Neste sentido, direcionei a pesquisa para minha dissertação de mestrado no Huambo/Angola, para poder contribuir na identificação e resolução de alguns problemas vivenciados pelos pacientes e profissionais de saúde. Sendo assim, surgiu a necessidade de reativar o vínculo com hospital para realização da investigação.

Para começar com o processo da coleta de dados, fez-se contacto prévio com os responsáveis pelo hospital, posteriormente se fez a inclusão do pesquisador na equipe do serviço, que consistiu em ser apresentado e prestar assistência aos pacientes através de consultas de enfermagem, orientações e palestras. Depois, fez-se o convite aos profissionais e pacientes para participarem no estudo. Com a aceitação dos sujeitos começou a coleta de dados, que terminou com a exaustão das informações. Finalmente agradeceu-se a direção do hospital e a equipe de profissionais do serviço pela colaboração e acolhida durante o processo de pesquisa. O pesquisador se comprometeu a retornar ao serviço para apresentar os resultados finais do estudo e fazer novamente a distribuição de material de apoio, visando possibilidades de mudanças na prática.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi elaborada de modo, a promover reflexão crítica dos profissionais de saúde sobre os desafios que enfrentam na sua prática de cuidados frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV/aids, de modo a promover mudanças na realidade.

A coleta de dados foi efetuada mediante a entrevista, a observação e pelo grupo de convergência. A entrevista foi preponderante no estudo, houve a necessidade de descrever práticas, crenças, valores, e conjuntos de classificação de universos sociais específicos, normalmente delimitados, onde os dilemas e desavenças estavam subentendidos (DUARTE, 2004). Aplicou-se inicialmente para as pessoas com HIV/TB um questionário para caracterização sócio-demográfica, levantamento de questões comportamentais e de tratamento. Após foi realizada entrevista semi-estruturada, com questões abertas que nortearam as discussões (APENDICE 1). Também elaborou-se um roteiro com questões abertas para entrevista dos profissionais de saúde (APENDICE 2).

A entrevista foi feita mediante um conjunto de questões que desencadearam percepções e ideias dos sujeitos da pesquisa (CRESWELL, 2010). Neste âmbito, uma vez realizada adequadamente favoreceu ao investigador uma forma de imersão em profundidade, obtendo informações de como os sujeitos percebiam e significavam as suas experiências e extrair informações densas que facilitaram mapear e compreender a lógica das relações que se estabelecem nos grupos (DUARTE, 2004).

A entrevista adotada foi de conversação, que consistiu numa confabulação aberta no decorrer da prática assistencial do investigador e em conformidade com a demanda daquele período, permitindo vincular a investigação e a assistência no mesmo sistema, dinamizando informações da investigação e da prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A entrevista foi feita com 18 pessoas que estavam cumprindo com a terapia antirretroviral e com o esquema terapêutico da TB e profissionais de saúde que prestam assistência direta a pessoas coinfectadas.

Realizaram-se questões norteadoras pertinentes concernentes ao assunto em causa mediante os questionários (APÊNDICES 1 e 2). Essas entrevistas foram audiogravadas, quando os sujeitos da pesquisa aceitaram participar no estudo e posteriormente se fez a transcrição integral dos dados para arquivos em Word for Windows<sup>®</sup>.

Na fase inicial foram entrevistadas 18 pessoas coinfectadas com HIV/TB, para fazer um levantamento das suas necessidades, dificuldades e saber o que precisa mudar no ponto de vista deles para melhorar a adesão. Em seguida entrevistou-se 9 profissionais de saúde que prestam assistência direta à pessoas coinfectadas com HIV/TB, para conhecer os desafios que enfrentam concernente a adesão, perceber como têm resolvido as dificuldades dos pacientes, e identificar os

aspetos que os profissionais devem aprimorar para melhorar a adesão ao tratamento da TB em pessoas com HIV.

A observação qualitativa foi uma técnica que propiciou ao pesquisador fazer apontamentos de campo sobre o comportamento e ações na localidade onde foi realizado o estudo (CRESWELL, 2010). Segundo Angrosino (2007), citado por CRESWELL (2014), a observação foi uma das ferramentas-chave para a coleta de dados no estudo. Foi o ato de observar os fenômenos no contexto do campo por meio dos cinco sentidos do observador.

As observações apoiaram-se no objetivo e na questão do estudo (APENDICE 3), foi possível observar que a estrutura do dispensário antituberculose é relativamente pequena tendo em conta a demanda, sem uma sala de espera adequada para os pacientes, ficando a maioria deles esperando de pé pelo atendimento, fora e/ou no corredor do dispensário. Os profissionais de saúde atendiam quatro pacientes em simultâneo no mesmo consultório, na presença de três estudantes/estagiários, alguns profissionais interrompendo a assistência para atender ao telefone celular na presença do paciente, alguns profissionais discutindo com os pacientes, outros profissionais atrasados ao serviço, profissionais fazendo palestras apenas uma vez por semana, nenhum paciente usando máscara, os acompanhantes compartilhando o mesmo espaço com os pacientes, foram alguns destes aspectos estruturais observados. Também salienta-se que existe boa relação entre profissional e pacientes. Foi possível observar o ambiente físico, os sujeitos, as ações, os intercâmbios, comunicações, assim como o comportamento dos indivíduos durante as observações. Neste sentido, a observação começou de uma forma ampla e posteriormente focalizou-se na questão de pesquisa (CRESWELL, 2014).

A observação é uma forma de coleta de informações usada a partir das três primeiras décadas do século XX, evoluiu de forma significativa e tem sido usada imensamente em estudos de caráter qualitativo. Neste contexto, foi uma observação direcionada aos aspetos ligados a pesquisa, que se efetuou de forma estruturada, sendo um trabalho lúcido, coordenado, que trouxe observações importantes para a investigação. Por intermédio da norma da imersibilidade adotado pela PCA, se fez uma observação participativa, que inclui o investigador como membro da prática assistencial para provocar alterações e inovações de maneira compartilhada. Para o registo das informações utilizou-se o Diário de campo (APÊNDICE 3) (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).



Realizou-se um grupo de convergência, formado por profissionais de saúde e gestores. Participaram do mesmo 11 profissionais de saúde, entre eles quatro gestores do hospital. Dois estudantes de enfermagem e medicina ajudaram com as gravações, anotações, organização da sala e o lanche para os participantes. Fez-se o grupo de convergência com o propósito de elaborar a investigação concomitantemente com a prática assistencial em educação para a saúde ou na prática clínica. Foi um grupo que favoreceu o alcance das mudanças e inovações na prática assistencial. Seguindo as fases do reconhecimento, da revelação, do repartir e do repensar (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Foi possível fazer um diálogo participativo e alcançar a coesão do grupo. Os profissionais sentiram-se confiantes em exprimir suas experiências em relação ao processo de adesão ao tratamento de TB em pessoas que vivem com HIV, houve troca de experiência entre o grupo e finalmente fez-se uma reflexão sobre os problemas identificados durante a pesquisa, propôs-se soluções, e fez-se a distribuição de material de apoio para os profissionais presentes (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Procurou-se atender o estabelecido pelo método da pesquisa convergente assistencial, pois durante a coleta de dados o pesquisador foi inserido na equipe dos profissionais de saúde do dispensário antituberculose do hospital, deu palestras, fez aconselhamento aos pacientes, interagiu com os profissionais de saúde durante a prática, discutiu-se os resultados com profissionais de saúde e entregou-se material de apoio aos profissionais de saúde. As mudanças ocorreram no decorrer da pesquisa e foram evidenciadas no grupo de convergência.

O registro das informações do grupo de convergência foi feito mediante a gravação de um áudio depois da autorização dos participantes e se fez a transcrição em Word for Windows®. Também se fez o registro mediante o Diário de campo, para registrar informações importantes observadas durante as atividades do grupo de convergência.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados possibilitou entender as concepções dos sujeitos sobre o problema em causa, por intermédio da entrevista, observação e do grupo de convergência, abraçando as fases de apreensão, síntese, teorização, e transferência de forma sistemática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Utilizou-se a triangulação dos

dados obtidos durante a entrevista, a observação e a realização do grupo de convergência.

Para análise dos dados desta pesquisa utilizou-se a técnica análise de conteúdo, segundo HSIEH e SHANNON (2005), que mostram três tipos de abordagens na sua aplicação: convencional, dirigido e sumativo. Neste contexto usou-se a análise de conteúdo convencional. Nesta análise, o pesquisador abstem-se de utilizar categorias pré-concebidas, possibilitando o surgimento das categorias e nomes para as categorias a partir dos dados.

Para organização e codificação dos dados foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos e mistos QSR Nvivo®, versão 10. A análise dos dados iniciou-se com leituras repetitivas dos dados, para alcançar a imersão e granjear um sentido holístico dos dados, posteriormente fez-se leituras palavra por palavra para originar códigos, realçando palavras exatas do texto que trazem conceitos chave, depois de entender o texto, foi se anotando as percepções primárias e pensamentos. Em seguida, os pensamentos chaves originaram etiquetas para códigos, tornando-se um sistema de codificação inicial. Neste sentido, os códigos foram classificados em categorias, mediante a relação de diferentes códigos, e estas categorias foram utilizadas para ordenar os grupos de códigos em um conjunto relevante. A elaboração de um diagrama de árvore facilitou a organização das categorias em uma estrutura hierárquica. Por conseguinte foram concebidos conceitos para cada uma das categorias, subcategoria e código, favorecendo o relato dos resultados e caracterizar a relação entre categorias e subcategorias (HSIEH:SHANNON.2005).

A etapa de apreensão permitiu viabilizar o processo da coleta de dados, fazendo o registro de informações de forma coordenada, até chegar a saturação dos dados e categorizar os dados, mediante a inserção na prática assistencial no sentido de provocar inovações junto com os participantes (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A fase de síntese consistiu na filtração das informações obtidas, discutir com a equipe sobre as mudanças precisas e a maneira de serem enquadradas no cotidiano assistencial. O processo de teorização foi feito mediante o sistema de identificação, definição e de arquitetar intercâmbios entre o grupo de constructos, propiciou a criação de previsões do fenómeno estudado, chamando-se teoria. Finalmente, a etapa de Transferência nos deu a possibilidade de contextualizar os resultados encontrados no estudo situações semelhantes, no sentido de transferi-los e socializa-los (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), principalmente durante a realização do grupo de convergência.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto de pesquisa foi submetido à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) para qualificação e aprovação, realizada em 11 de Novembro de 2015.

Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer n. 1.691.928, cumprindo todos os preceitos éticos previstos pela Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Todos os sujeitos da pesquisa foram informados e elucidados a cerca dos objetivos e sobre o método de coleta dos dados da pesquisa, aceitar ou não em participar da pesquisa dependeu deles, tinham o direito de desistir em qualquer instância. Foram informados sobre os riscos, pois que neste caso poderia haver desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio, e a quebra de sigilo involuntária por qualquer circunstância adversa. Também Foram informados que não receberão pagamento como benefícios em participar da pesquisa, estavam a contribuir pela melhoria da assistência. Garantiu-se o anonimato e sigilo dos dados, a identificação dos sujeitos da pesquisa foi por intermédio da atribuição de nomes fictícios. A autorização dos sujeitos do estudo foi adquirida em aceitar de forma livre e espontânea, mediante a assinatura do termo de consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4 e 5).

Para não identificação dos participantes, as falas foram identificadas no texto, ao final de cada trecho correspondente, com a letra “P” para as pessoas com HIV/TB, com as letras “PS” para os profissionais de saúde, e as discussões do grupo de convergência com as letras “GC”, seguidos do número indicando a ordem de realização das entrevistas e/ou organização dos dados.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes do estudo estão caracterizados, nos quadros 1, 2, 3 e 4. Analisando as informações contidas no Quadro 1, destaca-se que das 18 pessoas coinfectadas pelo HIV/TB que participaram no estudo, apenas uma era de raça branca, as demais da raça negra. Dos participantes, 12 não tinham um trabalho remunerado, sobrevivendo com renda de 0 a 2 salários mínimos. A maioria (13) vive no Huambo (Comuna). Apenas 2 participantes são menores de 18 anos, sendo a maioria na faixa etária de 20-35 anos (11 participantes). A maioria é solteiro (6) e do sexo feminino (10). A escolaridade é baixa, pois somente um é graduado, sendo que 7 tem o ensino básico e 5 nunca estudaram.

Quadro 1. Características sócio-demográficas das pessoas coinfectadas pelo HIV/TB.

Pessoas com HIV/TB	Raça	Trabalho remunerado	Renda (salários mínimos)	Residência	Idade/anos	Género	Estado civil	Nível académico
P1	Negra	Sim	2- 5	Huambo	31	Homem	Solteiro	Ensino Médio
P2	Negra	Sim	2- 5	Huambo	38	Homem	União Consensual	Ensino Básico
P3	Negra	Não	0- 2	Huambo	17	Mulher	Solteira	Nunca Estudou
P4	Branca	Não	0- 2	Huambo	36	Mulher	União consensual	Ensino básico
P5	Negra	Não	0- 2	Huambo	32	Mulher	Solteiro	Ensino Básico
P6	Negra	Não	5- 7	Huambo	27	Mulher	Divorciado	Nunca Estudou

								u
P7	Neg ra	Não	0- 2	Huam bo	42	Hom em	União Consen sual	Nunca Estudo u
P8	Neg ra	Sim	0- 2	Chipi pa	31	Hom em	Casado	Ensino Médio
P9	Neg ra	Não	0- 2	Calim a	30	Hom em	Viúvo	Nunca Estudo u
P10	Neg ra	Não	0- 2	Huam bo	27	Mulh er	União consens ual	Ensino básico
P11	Neg ra	Não	0- 2	Huam bo	26	Mulh er	Solteiro	Ensino básico
P12	Neg ra	Não	0- 2	Bengu ela	28	Hom em	União Consen sual	Ensino médio
P13	Neg ra	Sim	0- 2	Calim a	23	Hom em	Solteiro	Ensino Médio
P14	Neg ra	Sim	2- 5	Huam bo	35	Mulh er	Separa da	Licenci ada
P15	Neg ra	Não	0- 2	Calim a	52	Mulh er	Viúva	Nunca Estudo u
P16	Neg ra	Não	0- 2	Huam bo	48	Mulh er	Viúva	Ensino Básico
P17	Neg ra	Não	2- 5	Huam bo	16	Mulh er	Solteira	Ensino Básico
P18	Neg ra	Sim	2- 5	Huam bo	24	Hom em	Solteiro	Ensino Médio

Fonte: Dados de pesquisa. Huambo, Angola, 2016.

Quadro 2. Caracterização dos participantes da pesquisa - Profissionais de saúde.

<b>Profissionais de saúde</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade/anos</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Tempo de serviço/anos</b>	<b>Cargo exercido</b>	<b>Profissão</b>	<b>Curso sobre o cuidado em HIV/TB</b>
PS1 (GC1)	Feminino	36	Divorciada	8	Nenhum	Enfermeira	Sim
PS2 (GC2)	Feminino	28	Solteira	3	Nenhum	Enfermeira	Sim
PS3 (GC3)	Feminino	43	Solteira	6	Nenhum	Técnico de Enfermagem	Não
PS4 (GC4)	Masculino	32	Casado	3	Nenhum	Médico	Sim
PS5 (GC5)	Masculino	34	Casado	8	Chefe de Biosegurança	Técnico de Enfermagem	Sim
PS6 (GC6)	Masculino	42	União consensual	4	Nenhum	Técnico de Enfermagem	Sim
PS7 (GC7)	Feminino	36	Separada	4	Nenhum	Psicóloga	Não
PS8 (GC8)	Feminino	47	Casado	10	Chefe do dispensário	Técnico de Enfermagem	Sim
PS9 (GC9)	Masculino	57	Casado	17	Chefe de enfermagem do hospital	Técnico de Enfermagem	Sim
PS10*(GC10)	Masculino	41	Casado	8	Diretor clínico do hospital	Médico	Sim

PS11* (GC11)	Femini no	29	Solteir o	3	Nenhum	Enferme iro	Sim
-----------------	--------------	----	--------------	---	--------	----------------	-----

Fonte: Dados de pesquisa. Huambo, Angola, 2016

- Os PS10 e PS11 apenas participaram no grupo de convergência, não foram entrevistados.

Dos 11 profissionais de saúde que participaram no estudo, cinco são do sexo masculino e seis são do sexo feminino. Dos participantes cinco são casados, três solteiros, um divorciado, um separado e uma união consensual. Integram no estudo três enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, dois médicos e uma psicóloga. Neste grupo tem profissionais que exercem os cargos de chefia no serviço, como: diretor clínico do hospital, chefe de enfermagem, chefe de biossegurança e do dispensário antituberculose. Exceto dois participantes, todos afirmam ter recebido algum tipo de capacitação para o cuidado de pessoas com HIV/TB.

Quadro 3. Características sócio-comportamentais das pessoas coinfectadas pelo HIV/TB.

<b>Pessoas coinfectadas</b>	<b>Uso de álcool/semana</b>	<b>Uso de drogas ilícitas/semana</b>	<b>Relação sexual/semana</b>	<b>Uso do preservativo</b>
P1	Cerveja 5 ou + vezes	Não usa	2 vezes	Usa
P2	Cerveja 3 vezes	Não usa	2 vezes	Usa
P3	Não usa	Não usa	3 vezes	Usa
P4	Vinho 3 vezes por semana	Não usa	1 vez	Usa
P5	Não usa	Não usa	1 vez	Usa
P6	Não usa	Não usa	Sem atividade sexual	Não usa
P7	Não usa	Não usa	Sem atividade sexual	Não usa



P8	Não usa	Não usa	Sem atividade sexual	Não usa
P9	Cerveja 5 ou + vezes	Maconha 3 vezes	2 vezes	Usa
P10	Não usa	Não usa	2 vezes	Usa
P11	Cerveja 2 vezes	Não usa	Sem atividade sexual	Não usa
P12	Não usa	Não usa	1 vez	Usa
P13	Não usa	Não usa	2 vezes	Usa
P14	Não usa	Não usa	1 vez	Usa
P15	Cerveja 4 vezes	Não usa	Sem atividade sexual	Não usa
P16	Cerveja 3 vezes	Maconha 4 vezes	Sem atividade sexual	Não usa
P17	Não usa	Não usa	Sem atividade sexual	Não usa
P18	Cerveja e vodka 3 vezes	Maconha e crack 5 vezes ou +	3 vezes	Usa

Fonte: Dados de pesquisa. Huambo, Angola, 2016

Ao analisar as características comportamentais das pessoas com HIV/TB, identificou-se que a maioria deles não utiliza drogas lícitas (10 participantes) e mesmo quando afirmam utilizar álcool, é esporadicamente. Quanto às drogas ilícitas, três participantes referem o uso de maconha e crack regularmente. Quanto à prática do sexo seguro, todos os indivíduos sexualmente ativos referem fazer uso do preservativo nas relações sexuais.

Quadro 4. Aspectos do Diagnóstico e Tratamento das pessoas com HIV/TB

Pessoas com HIV/TB	Modo de contágio do HIV	Tempo de HIV / meses	Tempo TAR V/em meses	Tempo Terapia TB/ meses	Número de comprimidos/dia	Interrupção do tratamento anterior	Tempo de interrupção/ meses
P1	Não sabe	6	6	5	9	Não	
P2	Relação sexual	12	8	8	8	Sim	1 mês
P3	Relação sexual	12	10	3	6	Não	
P4	Relação sexual	25	20	5	8	Sim	2 meses
P5	Relação sexual	12	8	4	4	Sim	1 mês
P6	Relação sexual	9	7	6	4	Sim	½ mês
P7	Relação sexual	18	10	5	7	Não	
P8	Relação sexual	9	4	3	5	Não	

	ão sexua l						
P9	Não sabe	11	6	4	6	Sim	3 meses
P10	Relaç ão sexua l	48	36	5	9	Não	
P11	Relaç ão sexua l	60	23	4	9	Sim	1 mês
P12	Relaç ão sexua l	36	12	5	8	Sim	4 meses
P13	Relaç ão sexua l	24	13	6	9	Não	
P14	Não sabe	72	36	5	8	Não	
P15	Relaç ão sexua l	12	7	3	8	Não	
P16	Relaç ão sexua l	14	9	2	8	Não	
P17	Relaç ão sexua l	6	5	3	5	Não	

P18	Relação sexual	12	6	4	8	Não	
-----	----------------	----	---	---	---	-----	--

Fonte: Dados de pesquisa. Huambo, Angola, 2016

Os aspectos relacionados ao diagnóstico e tratamento, apresentados no Quadro 4, revelam que os participantes adquiriram a infecção pelo HIV através de relações sexuais, exceto três deles que não souberam informar a forma de transmissão. O tempo de infecção variou de 6 meses a 72 meses, porém a grande parte está entre 9 a 14 meses de infecção (9 pessoas). O tempo de TARV variou de 4 a 36 meses, sendo que a maioria está há menos de 01 ano em tratamento (13 pessoas). A maioria está com mais de três meses de tratamento para TB (15 pacientes). Estas pessoas tomam uma média de 07 comprimidos por dia e muitas delas (07) já interromperam o tratamento anterior por até 4 meses.

## 5.2 MUDANÇAS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Durante as consultas de enfermagem observou-se que os pacientes se sentiram mais a vontade para exporem as suas dúvidas e dificuldades frente ao tratamento.

Aos profissionais de saúde, o processo de pesquisa convergente assistencial propiciou que refletissem sobre as fraquezas e fortalezas ao prestar assistência, e também sobre as estratégias e possíveis soluções de resolver os problemas que enfrentam.

Durante a realização das palestras, passou-se a falar não só sobre a TB, mas também sobre o HIV e, diante da repercussão, propôs-se o aumento da frequência de realização das palestras.

Frente as discussões dos resultados, os profissionais de saúde e os gestores consideram como parte do seu trabalho a identificação dos pacientes mais desfavorecidos financeiramente para fazer a entrega de cesta básica alimentar aos mesmos.

Os gestores mostraram-se abertos para levar os problemas identificados, sem soluções visíveis ao nosso nível, às gestões superiores, para serem abordados visando a busca de soluções para os problemas.

Diante da complexidade e das múltiplas necessidades das pessoas coninfetadas pelo HIV/TB, surge a proposta de criação de um

grupo de ação, que trabalhará no sentido de juntar os setores governamentais e não governamentais, para ajudarem a minimizar as dificuldades que os pacientes, os profissionais de saúde e os gestores enfrentam. Também foi proposta a elaboração de um plano de ação que vise o resgate de pessoas que abandonaram o tratamento.

### 5.3 APRESENTAÇÃO DAS SUBCATEGORIAS E CATEGORIAS

Derivado do processo analítico dos dados referentes as entrevistas e do grupo de convergência, identificou-se 1.472 códigos, que foram reorganizados em 36 subcategorias, que originaram 10 categorias. Estas categorias foram divididas em dois temas para a apresentação dos resultados na forma de dois manuscritos. As mesmas estão listadas no Quadro 3.

Quadro 5. Categorias elaboradas a partir do Processo de análise dos dados

Subcategorias	Categorias	Temas
1.Concepção negativa das doenças 2.Concepção negativa do tratamento 3.Classificação de abandono 4.Resultados do abandono/não adesão 5.Desistencia do tratamento 6.Dificuldades com a medicação 7. Dificuldades com os vícios de drogas 8.Dificuldades no diálogo 9.Dificuldades de emprego 10.Dificuldades Financeiras	1.As concepções da coinfeção HIV/TB na adesão ao tratamento (1,2) 2. Lidar com o abandono do tratamento (3,4,) 3.Fatores que favorecem a não adesão e o abandono do tratamento (5,6,7,8,9,10,11,12,13)	1.Os desafios frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV (1,2,3,4,5)

11.Dificuldades no acesso 12.Dificuldades no atendimento 13.Efeitos adversos dos medicamentos 14.Abandono familiar 15.Discriminação 16.Difamação 17.Ocultar a doença 18.Preconceito 19.Mudanças do modo e estilo de vida 20.O impacto das doenças na vida das pessoas 21.Pensa na morte 22.Pensamentos suicidas 23.Transtornos emocionais	4.O estigma e a discriminação da coinfeção (14,15,16,17,18)  5.Impacto das doenças na vida das pessoas (19,20,21,22,23)	
24.Acesso ao tratamento 25.Descobrimdo a doença pelo serviço de especialidade 26.Descobrimdo a doença em serviço não especializado  27.Concepção das doenças na perspectiva positiva  28.Conselhos, conversas e palestras	6. O acesso ao tratamento favorecendo a adesão (24,25,26)  7. A concepção da coinfeção HIV/TB na perspectiva positiva para prover a adesão ao tratamento (27)  8.O aconselhamento como estratégia de enfrentamento ao abandono/não adesão do	2. Estratégias dos profissionais de saúde frente aos desafios da adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV (6,7,8,9,10)

29. Informação na assistência	tratamento (28,29)	
30. Apoio familiar	9. Fatores motivadores de adesão ao tratamento (30,31,32,33)	
31. Manifestação da coinfeção		
32. Medo de morrer		
33. Agravamento da doença	10. Adotando mecanismos de gestão para a continuidade do cuidado (34,35,36)	
34. Mecanismos para a continuidade do tratamento		
35. Respeito mutuo		
36. Superação		

Figura 1 - Categorias que compõem o primeiro manuscrito 1: Desafios frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV.

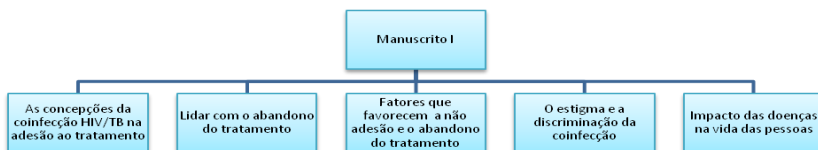
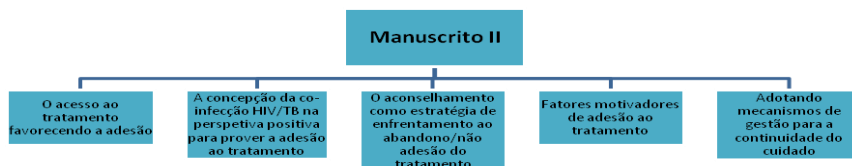


Figura 2. - Categorias que compõem o segundo manuscrito 2: Estratégias dos profissionais de saúde frente aos desafios da adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV.



A apresentação dos resultados em manuscritos corresponde ao estabelecido na Instrução Normativa 10/PEN/2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que dispõe sobre o formato de representação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Sendo assim, serão apresentados os seguintes manuscritos:

- a) Manuscrito I: Os desafios frente à adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV em Angola.
- b) Manuscrito II: Estratégias dos profissionais de saúde frente aos desafios da adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV em Angola.

#### 5.4 MANUSCRITO I: DESAFIOS FRENTE A ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM ANGOLA

### RESUMO

Trata-se de uma investigação qualitativa do tipo convergente assistencial, realizada no dispensário antituberculose do hospital sanatório do Huambo-Angola. Objetivou conhecer os desafios frente à adesão ao tratamento da tuberculose (TB) em pessoas que vivem com HIV, em Huambo-Angola. Contou com a participação de 18 pessoas coinfectadas pelo HIV/TB e 11 profissionais de saúde, utilizou-se a análise de conteúdo convencional. Os resultados foram transcritos em 5 categorias: As concepções da coinfeção HIV/TB na adesão ao



tratamento, Lidar com o abandono do tratamento, Fatores que favorecem a não adesão e o abandono do tratamento, O estigma e a discriminação da coinfeção e Impacto das doenças na vida das pessoas. Conclui-se que os profissionais de saúde se deparam com diversos desafios, a concepção que as pessoas possuem sobre o viver com HIV/TB, pode resultar em busca tardia pelos serviços de saúde, não adesão/abandono do tratamento e agravamento das doenças. Não existem ações voltadas ao resgate de indivíduos que não aderem/abandonam o tratamento. Percebe-se também que o estigma e a discriminação são aspectos que pessoas infectadas lidam no seu cotidiano, interferindo negativamente na sua vida e tratamento.

**Palavras Chave:** HIV. Tuberculose. Coinfeção. Tratamento. Adesão à medicação. Cuidado. Pacientes desistentes do Tratamento.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) ainda é problema de saúde pública de enorme envergadura. Em nível global, dá-se prioridade em ações voltadas para o cuidado e controle da TB, incluindo melhoria na detecção de casos de forma precoce (WHO, 2016a). Por outra, em determinadas situações alguns motivos ligados aos serviços de saúde, como: as questões relacionadas à estrutura física, organização do processo de trabalho para ao controle da TB e as dificuldades de acesso não favorecem o controle da doença (RODRIGUES, et al., 2010).

Junto a isso, a infecção pelo HIV continua sendo problema mundial (WHO, 2016b), mesmo diante da diminuição da morbidade e mortalidade do HIV nas últimas décadas, mostrando resultados positivos dos trabalhos dirigidos ao combate a esta epidemia global (WHO, 2016c). Em 2014, 1,2 milhões de pessoas que vivem com HIV desenvolveu a TB, com 0,4 milhões de mortes associadas (WHO, 2016d).

A incidência de infecção pelo HIV em Angola foi de 44.881 casos no ano de 2013. Detectou-se 31.298 casos em homens e mulheres não grávidas, 11.372 casos de gestantes, e 2.211 a crianças menores de 14 (ANGOLA, 2014).

Os fatores de natureza social, econômica e cultural têm influenciado no aumento de casos do HIV em Angola, já que, existem em percentuais elevados de analfabetismo, migração, pobreza, e início precoce das relações sexuais (ANGOLA, 2014). Visto que a pobreza, o uso de drogas e bebidas alcoólicas, fazem parte das causas que

interferem de forma negativa no enfrentamento da doença (SOUSA FILHO, et al., 2012).

O Ministério da Saúde e os profissionais de saúde tem trabalhado para diminuir a incidência e prevalência das doenças, dando cobertura de serviços prestados aos indivíduos. Os esforços são no sentido de melhorar o sistema de monitorização, para viabilizar as informações da coinfeção HIV/TB entre instituições, dando especial atenção às pessoas em terapia com tuberculostáticos e antirretroviral simultaneamente (ANGOLA, 2014).

As pessoas enfrentam muitas dificuldades trazidas pela coinfeção HIV/TB e alguns encaram a vivência com estas duas doenças como algo assustador, angustiante e amedrontador, podendo ser percebido como uma punição. (SILVA, et al., 2015). Os conhecimentos, atitudes e percepções das pessoas afetadas por estas doenças, podem favorecer a adesão ou não adesão ao tratamento (SOUSA FILHO, et al., 2012).

Alguns realizam o tratamento da TB de forma inadequado, o que de certo modo favorece fazer resistência da doença aos medicamentos e a transmissão da tuberculose (KLOPPER, et al., 2013).

Por outro lado, tem sido um desafio dos profissionais da saúde, promover o aumento da adesão ao tratamento das doenças, buscando incluir a família, a sociedade civil, líderes tradicionais, religiosos e grupos de ajuda mútua. (ANGOLA, 2014). Foram realizadas buscas sobre o tema no Google, nas bases de dados Medline, LILACs e CINAHL, e, se encontrou poucas publicações referentes ao tema. Assim, o estudo objetivou conhecer os desafios frente à adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV, em Huambo-Angola.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma investigação qualitativa do tipo convergente-assistencial, realizada no dispensário antituberculose do hospital sanatório de Huambo-Angola.

A província do Huambo possui uma área de 35.771 km<sup>2</sup> e sua população é de aproximadamente dois milhões habitantes, sendo que a etnia predominantemente é ovimbundo.

O hospital sanatório do Huambo é um serviço de atenção especializada, composto por uma seção masculina, uma feminina, a pediatria e um ambulatório. Este serviço vem dando o seu contributo

para o enfrentamento da tuberculose em Angola desde 1949, e tem evoluído de forma significativa em termos de recursos humanos, materiais e em infraestrutura.

Esta unidade Hospitalar está vinculada ao Sistema Nacional de Saúde, presta assistência de Saúde desde o nível primário, fazendo parte deste, os Postos ou Centros de Saúde, Hospitais Municipais, Postos de Enfermagem e Consultórios Médicos. Trata-se de um hospital especializado do nível secundário que tem a capacidade de 200 leitos para pessoas com diagnóstico de tuberculose e/ou HIV, e conta na sua equipe com dois Enfermeiros, 63 Técnicos de Enfermagem, 30 Técnicos de diagnóstico e terapêutica, e oito Médicos, a fim de garantir o atendimento.

Dentre os principais fatores associados às causas de mortes nesta unidade hospitalar encontra-se a procura tardia dos serviços por parte dos pacientes, não adesão ao tratamento e a coinfeção. O ambulatório faz o atendimento a pessoas com tuberculose e doenças associadas, com um atendimento médio de 80 pacientes por dia.

Para desenvolver mudanças e inovações na prática, o investigador foi incluído na equipe de saúde do dispensário anti-tuberculose do hospital sanatório, realizando consultas de enfermagem a pessoas coinfectadas pelo HIV/TB, dando palestras e culminou a sua prática assistencial com a realização de um grupo de convergência.

Os participantes da pesquisa foram selecionados entre as pessoas coinfectadas pelo HIV/TB e profissionais de saúde que trabalham no dispensário antituberculose do hospital Sanatório. Dentro dos critérios de inclusão adotados foram: ser indivíduo coinfectado pelo HIV/TB, maior que 15 anos de idade, recebendo tratamento para tuberculose e HIV, no hospital sanatório do Huambo para os pacientes. Para os profissionais foi trabalhar no dispensário, prestando assistência à pacientes coinfectados há pelo menos seis meses. Participaram no estudo 29 indivíduos, entre os quais, 18 pessoas coinfectadas pelo HIV/TB e 11 profissionais de saúde.

A coleta de dados foi efetuada mediante a entrevista de conversação, a observação e através do grupo de convergência. A entrevista adotada foi de conversação que consistiu numa confabulação aberta no decorrer da prática assistencial do investigador e em conformidade com a demanda daquele período, permitindo vincular a investigação e a assistência no mesmo sistema, dinamizando informações da investigação e da prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Por intermédio da norma da imersibilidade adotado pela PCA, se fez uma observação participativa, que incluiu o investigador como membro da prática assistencial para provocar alterações e inovações de maneira compartilhada. Para o registo das informações usei o diário de campo (Apêndice 4) (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Fez-se o grupo de convergência com o propósito de desenvolver a investigação concomitantemente com a prática assistencial em educação para a saúde ou na prática clínica. Foi um grupo que favoreceu o alcance das mudanças e inovações na prática assistencial. Seguindo as fases do reconhecimento, da revelação, do repartir e do repensar (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Participaram no grupo de convergência 11 profissionais de saúde e destes 4 são gestores. Dois estudantes, estagiários de enfermagem e de medicina gravaram e, ajudaram a organizar a atividade.

Os encontros foram todos realizados no hospital sanatório, as entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos, a observação foi feita sempre que o pesquisador esteve no hospital e o grupo de convergência teve a duração de 1 hora e meia.

Fez-se apontamentos da observação no diário de campo, as entrevistas e o grupo de convergência foram gravados em áudio, sendo transcritos posteriormente na íntegra, no programa de edição de textos Microsoft Word® versão 2010, pelos pesquisadores.

Para análise dos dados desta pesquisa utilizou-se a técnica análise de conteúdo, segundo Hsieh e Shannon (2005), que mostram três tipos de abordagens na sua aplicação: Convencional, dirigido e sumativo. Utilizou-se a triangulação dos dados obtidos durante a entrevista, a observação e a realização do grupo de convergência. Neste contexto usou-se a análise de conteúdo convencional que sugere abstenção dos pesquisadores de utilizar categorias pré-concebidas, possibilitando o surgimento das categorias e nomes para as categorias a partir dos dados. E para organização e codificação dos dados analisados foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos e mistos QSR Nvivo®, versão 10.

As pessoas coinfectadas pelo HIV/TB foram identificadas com a letra “P” (Entrevistados), os profissionais de saúde com as letras “PS” (Entrevistados) e os que participaram no grupo de convergência com as letras “GC”, ao final de cada trecho correspondente.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer n. 1.691.928, cumprindo todos os preceitos éticos previstos pela

Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS

Das 18 pessoas coinfectadas pelo HIV/TB que participaram no estudo, 12 não trabalhavam, 12 sobrevivem com 0 a 2 salários mínimos, a maioria (13) vive no Huambo (Comuna), 2 são menores de 18 anos, a maioria é solteiro (6), a maioria é do sexo feminino (10). Dos participantes, somente 1 era de raça branca, as demais da raça negra. Quanto a escolaridade, apenas um é graduado e 5 que nunca estudaram. Entre os participantes coinfectados, 8 consomem bebidas alcoólicas, 3 usam drogas ilícitas e outros não usam drogas (7). A maioria adquiriu o HIV por relações sexuais (15) e alguns não sabem como adquiriram (3). Quanto ao tratamento, 7 haviam interrompido o tratamento anterior e os demais (11) nunca interromperam o tratamento.

As entrevistas e o grupo de convergência realizados originaram 5 categorias principais, que serão apresentadas a seguir: As concepções da coinfecção HIV/TB na adesão ao tratamento, Lidar com o abandono do tratamento, Fatores que favorecem a não adesão e o abandono do tratamento, O estigma e a discriminação da coinfecção e Impacto das doenças na vida das pessoas.

As práticas assistenciais desenvolvidas pelo pesquisador, como: as consultas de enfermagem, as palestras e o grupo de convergência, possibilitaram o alcance de algumas mudanças no local onde se fez a pesquisa, tais como:

- Os pacientes sentiram-se a vontade para falarem das suas dúvidas e problemas que enfrentam devido a coinfecção HIV/TB;
- Os profissionais de saúde refletiram sobre as fraquezas e fortaleza ao prestar assistência, e cogitaram também nas formas de resolver os problemas que enfrentam;
- As palestras passaram a abordar não só da TB mas também do HIV e propôs-se o aumento da frequência de realização;
- Os profissionais de saúde e os gestores consideram identificar os pacientes mais desfavorecidos para fazer a entrega de cesta básica alimentar aos mesmos;
- Propôs-se elaborar um plano de ação que vise resgatar as pessoas que abandonaram o tratamento.

## **Categoria 1: As concepções da coinfeção HIV/TB na adesão ao tratamento**

O modo como as pessoas concebem a coinfeção HIV/TB, em alguns casos, influencia negativamente a maneira como encaram o tratamento, aumentando o impacto das doenças sobre eles, passando a ver o tratamento como um processo penoso.

*Viver com estas duas doenças é ter outro conceito de encarar a vida, é falar todos os dias para mim mesmo que estou doente, porque é complicado e difícil fazer o tratamento. (P5).*

*Tem sido um terror viver com estas doenças! (P4).*

*Viver com estas doenças é difícil, horrível! É quase impossível ou seja a pessoa praticamente deixa de viver. (P9).*

Para alguns, estar coinfectedado com HIV/TB, significa ser punido por entidades sobrenaturais ou ser alvo de má sorte. Concebendo as doenças desta maneira entende-se que a pessoa dificilmente consegue seguir os trâmites normais que favorecem a adesão e continuidade do tratamento:

*Eu acho que viver com estas doenças é um castigo, acho que a vida está a me punir pelo que fiz. (P17).*

*Não basta o HIV, aumenta mais a tuberculose, deve ser o meu azar. (P16).*

O cumprimento da terapêutica em alguns casos é entendido pelo portador da doença como sendo uma forma de enfermidade também, pois vivenciam adversidades ao lidar com as informações que ouvem acerca da coinfeção.

*Seguir com as orientações que me dão também acaba por ser uma doença também! Tenho dificuldades de suportar o que se fala sobre essas doenças, e seguir as orientações. (P7).*

As concepções dos profissionais de saúde sobre as doenças em alguns casos, assemelham-se com as pessoas coinfectadas, encaram como enfermidades difíceis de conviver com elas, devido a progressão rápida a gravidade e consequente morte. Segundo os profissionais de saúde, existem pessoas que depois do diagnóstico não fazem o tratamento adequado da doença, preferindo acreditar em curas alternativas, através de curandeiros. Por outro lado, o medo, a vergonha, ansiedade e a depressão apresentados pelo indivíduo devido as doenças dificulta a adesão ao tratamento. Outras pessoas coinfectadas acreditam em curas milagrosas, por isso não fazem o tratamento.

*O problema é que são doenças muito complicadas, porque uma tem a ver diretamente com outra, são doenças muito graves, trazem consigo muita morte. (GC10).*

*Temos casos em que o paciente procura a cura nos curandeiros depois de ser diagnosticado, mas são poucos. (PS8).*

*Eles acreditam em milagres, simplesmente não fazem o tratamento, mas acham que as doenças vão passar mesmo sem fazer o tratamento. (PS1).*

*Pacientes que chegam aqui preocupados, ansiosos, confusos, com medo e vergonha e deprimidos que também tem sido difícil aderirem e continuar com o tratamento. (PS6)*

## **Categoria 2: Lidar com o abandono do tratamento**

São denominados como abandonos os pacientes que completam mais de 60 dias sem ir à consulta com um dos profissionais e sem receber os fármacos.

*Consideramos abandono quando o paciente faz mais de 60 dias sem aparecer para consulta e sem buscar o medicamento no hospital. (PS9).*

*Consideramos abandono quando o paciente não aparece ao serviço durante dois meses para a consulta. (PS8).*

*Consideramos abandono dois meses depois, não vier buscar os medicamentos novamente. (PS5).*

Quando há o abandono do tratamento as doenças agravam-se no organismo da pessoa, além de que o abandono/não adesão ao tratamento da coinfeção favorecem a transmissão destas doenças de um indivíduo para o outro, aumentando a incidência das mesmas.

*... o paciente... desiste do tratamento e depois retorna em um estado mais grave. (PS5).*

*Mas é difícil para nós profissionais de saúde porque ele este paciente... contamina muita gente. (PS1)*

*viduo que abandona acaba por infetar muita gente. (GC5).*

Pessoas coinfectadas com HIV/TB, quando abandonam o tratamento podem exibir um quadro de evolução da doença para TB multidroga resistente, e transmiti-la a outras pessoas.

*Um indivíduo quando abandona o tratamento, ... o tratamento torna-se difícil, faz resistência aos fármacos. (PS1).*

*Existem pacientes com multidroga resistente que estão a infetar pessoas que também serão multidroga resistente ao tratamento é outra debilidade que nós temos. (GC10)*

Constata-se a falta de um plano de ação para fazer frente as pessoas que abandonaram o tratamento das doenças, visto que não é feita nenhuma espécie de tentativa de resgate dos mesmos, por falta de condições para rastrear as pessoas que abandonam o tratamento.



*Quem abandona o tratamento, não importa a causa ninguém vai atrás deles. (PS6).*

*Não temos tido como procurar os pacientes! (PS2).*

*Quando desisti os profissionais de saúde não fizeram nada! (P5).*

Demonstra-se que abandono causa o agravamento e a disseminação das doenças, permitindo também desenvolver a TB multidroga resistente. Ainda assim, não existem ações voltadas ao resgate de indivíduos que interrompem o tratamento.

### **Categoria 3: Fatores que favorecem a não adesão e o abandono do tratamento**

Segundo os profissionais de saúde, em algumas ocasiões, as pessoas coinfectadas abandonam o tratamento ao notar uma recuperação do seu organismo, com o desaparecimento da sintomatologia, presumem, desse modo, que estão curadas dos processos patológicos e abandonam principalmente o tratamento da TB. E outros, por negligência, não aderem ou abandonam o tratamento. Comparados, os percentuais de casos de abandono são mais elevados na população masculina que na feminina.

*Acho que os pacientes pensam que já estão curados da TB e abandonam o tratamento, e continuam com o tratamento do HIV...não tem sido fácil o término do tratamento da TB, porque depois de 2 meses de tratamento o paciente tem quase 80% dos sinais e sintomas resolvidos, e abandonam, principalmente os masculinos. (PS1).*

*Os homens abandonam mais o tratamento em relação as mulheres. (PS7).*

*Existem pacientes que são mesmo negligentes, porque depois de observar melhorias abandonam o tratamento. (PS8).*

*Existem pacientes que são negligentes, que não aderem ao tratamento. (PS4).*

Para pessoas coinfectadas pelo HIV/TB, o sentimento de culpa por contaminar os companheiros por vezes as leva a abandonarem o tratamento. Em alguns casos encontram dificuldades de diálogo no decurso do atendimento. Raramente conseguem sentir-se à vontade para exprimir os seus pensamentos e dúvidas sobre a coinfeção, o que tem favorecido também a não adesão e o abandono ao tratamento.

*Desisti do tratamento na época que o resultado do teste do meu último namorado saiu. Fiquei muito triste, sem vontade de viver, quando fiquei a saber que transmiti o HIV a ele. (P11).*

*Sempre que venho aqui na consulta nos metem numa sala onde tem muitos profissionais e pacientes, não consigo perguntar nada que me inquieta, juntando com outros problemas que tinha, preferi desistir do tratamento. (P12).*

Entretanto, a quantidade elevada de medicamentos aos quais os indivíduos são submetidos e as reações adversas aos medicamentos, por vezes dificulta também os indivíduos a continuarem com o tratamento.

*Me dão muitos medicamentos, me sinto fraca, a vezes que fico tonta, sem força. Por vezes me dá vontade de desistir e morrer rápido. (P3).*

*Tenho problema com a quantidade de medicamentos que tomo principalmente quando não me alimento, sinto muita tontura e enjoou, houve uma vez que cheguei mesmo a cair. (P5).*

Tanto as pessoas coinfectadas como os profissionais de saúde afirmam que as pessoas coinfectadas pelo HIV/TB enfrentam obstáculos para encontrar emprego. Sendo majoritariamente de nível socioeconômico baixo, torna-se difícil terem alimentação, transporte e condições financeiras para fazerem o tratamento, e por vezes, alguns não aderem ou abandonam o tratamento. Neste âmbito alguns profissionais de saúde tiram dinheiro do seu próprio salário para ajudar as pessoas

coinfectadas e a direção do hospital propõe-se a desenvolver programas para minimizar estas questões.

*A patroa me viu e me exigiu que fizesse o teste de novo do HIV e lhe disse que sou seropositiva e me expulsou desde está época nunca consegui encontrar mais emprego... fiquei sem condições financeiras para tomar medicamentos por muito tempo. (P11).*

*Tenho dificuldade com a alimentação e com o transporte, se tivesse alimentação e dinheiro para o transporte eu acho que não teria problema nenhum em seguir com os dois tratamentos. (P6).*

*Existem pacientes que não tem condições de se alimentar e estão mal nutridos, sente que os medicamentos estão a lhe prejudicar e abandona o tratamento. (GC8).*

*Os enfermeiros e outros profissionais de saúde por vezes tiram do seu salário para comprar comida do paciente, dão essa ajuda de forma individual, é impossível fazer com todos os pacientes. (PS2).*

Existem também algumas dificuldades no acesso ao tratamento e no atendimento, pois em termo de infraestrutura o dispensário anti-tuberculose é restrito, tem poucos profissionais de saúde para a demanda que recebem diariamente. Isso acaba ocasionando, do ponto de vista das pessoas coinfectadas, rapidez excessiva durante a consulta, falta de condições necessárias para esperar pelo mesmo e dificuldades em recebê-los de forma privada. Esses são aspetos que refletem a não adesão e abandono do tratamento.

*Ficamos no corredor e fora a espera do atendimento, por falta de espaço e começam a atender as 9h e 30 min. (P8).*

*Também devido a falta de espaço os pacientes são atendidos em simultâneo e*

*isso retira também a confiança que paciente teria em falar de forma aberta sobre os seus problemas e dúvidas, que também dificulta a adesão ao tratamento. (PS7).*

*Mas outros nos tratam como se estivessem numa competição de ver quem atende mais pacientes de forma rápida, a primeira vez que me trataram assim pensei que só estavam a me despachar, até no princípio me dava vontade de desistir do tal tratamento. (P7).*

O consumo de bebidas alcoólicas, drogas e o hábito de fumar fazem parte dos problemas enfrentados pelos indivíduos coinfectados pelo HIV/TB, contribuindo para a não adesão e o abandono do tratamento. Alguns têm dificuldades de se abster destes vícios, usando entorpecentes simultaneamente ao tratamento, ou até mesmo parando-o para usarem drogas, chegando ao ponto de levá-las ao hospital.

*Consumia muito álcool e fumava muita maconha... por causa das drogas não consegui começar o tratamento cedo... estou a reduzir... Tive recaída nas drogas e no álcool e desisti por 3 meses do tratamento da tuberculose e do HIV. (P9).*

*A maioria dos pacientes que desiste do tratamento volta aos seus hábitos antigos, como beber e fumar. Por vezes alguns pacientes vêm no hospital com cigarros no bolso. (PS2).*

Portanto a ausência da sintomatologia das doenças, o sentimento de culpa, a negligência, a dificuldade de diálogo, a falta de emprego, a inexistência de transporte para buscar os medicamentos, ficar sem alimentação e dinheiro, os obstáculos no acesso ao atendimento, as dificuldades com os medicamentos e os vícios de drogas, são os principais fatores de riscos que conduzem ao abandono ou não adesão do tratamento.

#### **Categoria 4: O estigma e a discriminação frente a coinfeção**

A difamação ainda é uma questão central com a qual pessoas coinfectadas pelo HIV/TB se deparam. Poucos aceitam conviver com elas, dificultando a interação com o meio em que estão inseridas e, em determinados casos, desenvolve-se conflitos com familiares, chegando por vezes à agressão devido à difamação.

*As minhas amigas comentaram com uma vizinha que eu era soropositiva, depois de uma semana eu era famosa no bairro, todo mundo me olhava, quando chegas perto as pessoas paravam de conversar, toda gente do bairro já sabia que estava com HIV. (P14).*

*Sei que se essas pessoas souberem que estou com HIV e TB vão me difamar ou me fugir também. (P6).*

*As amigas me difamaram. (P17).*

*Depois os meus familiares ficaram chateados e procuraram a moça que me difamou e lhe bateram, mas dias depois as mesmas moças me esperam na outra rua e me agrediram, me bateram, eu como estava sozinha peguei numa garrafa e bati na cabeça de uma delas e aleijei ela. (P14).*

A discriminação e o preconceito também fazem parte das barreiras com as quais os indivíduos coinfectados pelo HIV/TB são confrontados. Não são tidos como cidadãos íntegros, em alguns cenários relacionam estas doenças à promiscuidade e aos vícios de drogas, em consequência disso, muitos ocultam as doenças.

*Existe muito preconceito e discriminação a pessoas com HIV e... tubérculos. (P13).*

*As pessoas com essas doenças não são bem vistas na nossa sociedade... muitos*

*acham que apenas drogueiros e prostitutas apanham estas doenças. (P10).*

*Não queria perder ele, pensei que se lhe falasse que estou com HIV iria me fugir também. (P11).*

Muitas pessoas coinfectadas pelo HIV/TB são abandonadas pelos familiares e amigos, sendo excluídas do meio em que estão inseridos, aumentando os problemas que enfrentam por estarem doentes, dificultando a vida em quase todos os aspectos.

*A mãe da minha esposa disse que ela deve me deixar porque ainda aumentou a tuberculose na minha doença. (P8).*

*Os meus irmãos, primos e tios agem como se eu não existisse. (P17).*

*Não tenho amigos, as amigas que eu tinha me fugiram. (P6).*

*As amigas que tinha quando descobriram que tenho essas doenças param de andar comigo, até tem uma que mesmo assim andava comigo mais depois a mãe dela lhe proibiu! Desde aquele tempo nunca mais tive amigas. (P3).*

Percebe-se devido a difamação, o preconceito que enfrentam cotidianamente, a exclusão por amigos e familiares, que os indivíduos coinfectados pelo HIV/TB enfrentam de diversos modos o estigma social e a discriminação na sua vivência.

### **Categoria 5: Impacto das doenças na vida das pessoas**

A coinfeção HIV/TB acarreta em diversos prejuízos aos doentes, mudando o modo e estilo de vida dos mesmos. Nota-se isso ao ver maneira que as doenças acabam influenciando direta e negativamente na dinâmica laboral dos indivíduos, levando-os, a um

sentimento profundo de injustiça, devido o modo de vida que são submetidos pelas doenças e o risco de morte em torno delas.

*As doenças causaram problemas no meu trabalho e na minha vida. (P11).*

*Sinto que a vida estava a ser muito dura e injusta comigo! (P10).*

*Sempre penso de como a vida está sendo injusta comigo e com a minha família! (P12).*

*É melhor ter outras doenças, estas a pessoa morre e antes enfrenta os medicamentos! (P17).*

O medo de morrer e a vergonha estão inclusos nos aspetos que afligem os indivíduos por terem estas doenças. Acabam por desenvolver sentimento de culpa em decorrência de todos os problemas que aparecem na sua vida e de seus familiares. Pensam constantemente na morte, e alguns chegam mesmo a cogitar cometer suicídios.

*Só estava com medo porque, sabia que estava a chegar a minha hora de morte. (P8).*

*Eu tenho medo de morrer. (P16).*

*Até aqui sinto medo e vergonha das doenças. (P14).*

*Eu estraguei a minha vida, dos meus filhos, dos homens que entraram na minha vida e da minha mãe, desde o momento que apanhei o HIV. (P11).*

*Penso na morte todos dias, penso nas doenças todos os dias. (P14).*

*Por causa das coisas que penso e sinto, limitam-me apenas em morrer, acho que deveria ter me matado. (P12).*

Na visão dos profissionais de saúde a coinfeção HIV e TB, traz um impacto negativo na vida das pessoas, pois alguns se tornam revoltados, deterioração do estado físico e emocional muitos à revolta.

*Os pacientes coinfectados alguns ficam revoltados. (PS2).*

*São doenças que não danificam apenas o aspecto físico do paciente mas principalmente o estado psicológico. (PS1).*

Infere-se que a coinfeção HIV/TB tem um impacto negativo no cotidiano do indivíduo, alterando o seu modo e estilo de vida. Passa-se a viver envergonhado, amedrontado devido o risco de morte das doenças e incita o suicídio.

## **DISCUSSÃO**

Ao abordamos sobre os desafios frente à adesão e abandono do tratamento com os pacientes e profissionais de saúde, notamos que existe dificuldades que afetam tanto os pacientes por viverem coinfectados, como, aos profissionais de saúde ao prestar assistência aos pacientes. Mas diferentemente dos profissionais, os pacientes têm mais problemas consequentes da coinfeção e vivenciam-os com mais intensidade.

Estudo de Silva et al. (2015), que objetivou compreender o processo de construção dos significados atribuídos pelos pacientes em relação à vivência da comorbidade TB e HIV (TB/HIV), e, sua repercussão nos respectivos tratamentos, participando dez pessoas com TB/HIV, acompanhados em um hospital na cidade do Rio de Janeiro, demonstra que na perspectiva do paciente, vivenciar a dupla condição de doença é uma experiência marcante, limitante, assustadora e considerada por alguns como um castigo. Na revelação do diagnóstico e durante o tratamento, o medo é uma constante junto as pessoas devido ao fato de a associação entre as doenças e morte persistir nas representações populares (NEVES, et al., 2012).

Para pessoas coinfectadas seus conhecimentos, atitudes, crenças, percepções e expectativas podem ser fatores que afetam negativamente na adesão ao tratamento medicamentoso (SOUSA FILHO, et al., 2012). Algumas pessoas coinfectadas pelo HIV/TB



recebem tratamento empírico da TB (ALBUQUERQUE, et al., 2014). Estes resultados convergem com os achados do nosso estudo, pois alguns participantes da pesquisa concebem a vivência com o HIV/TB, como um processo terrível, acreditando que estejam sendo punidos, desenvolvem medo, vergonha e depressão, alguns encaram o tratamento como uma doença e chegam a fazer tratamentos alternativos para as doenças.

Outro estudo realizado em pessoas com tuberculose multidroga resistente na África do Sul, identificou que o tratamento inadequado da TB está relacionado com o grau de resistência da doença aos medicamentos e adesão incompleta ao tratamento favorece a transmissão da tuberculose (KLOPPER, et al., 2013). Este achado tem aproximações com o nosso estudo, porque os nossos resultados apontam a não adesão/abandono do tratamento como causas da resistência aos medicamentos e facilitador da proliferação das doenças.

A não-adesão, além de afetar as condições clínicas do paciente, afeta também a sua qualidade de vida, agravando a doença (SOUSA FILHO, et al., 2012). Constatou-se que inexistente uma conduta específica e eficaz pelos profissionais para resgatar os pacientes quando acontecem faltas às consultas ou uma estratégia que vise buscar os pacientes que abandonaram (RODRIGUES, et al., 2010). Estes resultados corroboram com os dados da presente pesquisa.

Pesquisa realizada no Brasil, com objetivo de identificar as dificuldades que influenciam a adesão ou o abandono do tratamento de tuberculose em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, verificou-se que as dificuldades mais frequentes enfrentadas pelos pacientes vivendo com HIV e com coinfeção tuberculose/Aids estão relacionadas à questão socioeconômica, fatores sociais, estilo de vida e ao tratamento, pois a pobreza, o consumo de drogas ilícitas, o uso recreacional do álcool e o excesso de remédios, são motivos que interferem de forma significativa na adesão de forma continuada e eficaz ao tratamento da tuberculose (SOUSA FILHO, et al., 2012). A falta de informação sobre a doença, possíveis efeitos colaterais, a importância em completar o esquema de tratamento, mesmo que haja melhora dos sintomas e a grave consequência da interrupção do mesmo, é fator que influencia o abandono do tratamento (RODRIGUES, et al., 2010). Quanto aos motivos relacionados ao serviço de saúde as questões relacionadas à estrutura física, organização do processo de trabalho para ao controle da TB e as dificuldades de acesso mostraram-se relevantes no contexto da não adesão ao tratamento (RODRIGUES, et al., 2010). Os achados destas pesquisas confluem com os dados do nosso estudo,

apesar de termos encontrado também o desaparecimento da sintomatologia, sentimento de culpa por transmitir a enfermidade e negligência como fatores que levam as pessoas coinfectadas pelo HIV/TB a não aderir e/ou abandonar o tratamento, com predominância do sexo masculino.

Investigação feita por Neves, et al. (2012), com 57 pessoas coinfectadas pelo HIV/TB e 58 indivíduos soropositivos, que objetivou descrever a qualidade de vida de indivíduos com coinfecção HIV/TB, relata a presença de estigma e discriminação em espaços sociais como trabalho, família e amigos. O estigma e o preconceito da co- morbididade HIV/TB é vivenciado primeiramente através da interiorização do discurso do estigma construído ao longo da história das duas doenças, relacionado às expectativas e medo de serem discriminados, trazendo demora na busca de ajuda, diagnóstico e adesão ao tratamento. Em seguida pela concretização do estigma e preconceito, ou seja, a discriminação propriamente dita (SILVA, et al., 2015). Alguns escondem o fato de estarem doentes, pelo maior tempo e da melhor maneira possível, podendo levar ao isolamento social (NEVES, et al., 2012). Estas evidências convergem com os nossos achados, o estigma e a discriminação são aspectos muito realçado pelos participantes do nosso estudo, pois alguns são abandonados pelos familiares e amigos, e, hostilizados pela sociedade. Em consequência disto, em certos casos, desenvolve-se agressão, e devido o medo de serem discriminados muitos ocultam a doença.

A maioria dos participantes revelou a ocorrência de várias modificações em seus hábitos de vida, a descoberta do diagnóstico da coinfecção e o convívio com este geram novos comportamentos e sentimentos diante da vida (LEMOS, et al., 2012). O impacto de saber que vive com TB e HIV produz experiências perturbadoras, principalmente relacionadas ao momento do diagnóstico (SILVA, et al., 2015). Em face do conhecimento do diagnóstico da coinfecção, os indivíduos reagem de diversos modos, desde a indiferença ao desespero (LEMOS, et al., 2012). Muitas vezes procuram esquecer as dificuldades que enfrentam na vida e superar os sentimentos de frustração, solidão e medo da morte tragos pela coinfecção HIV/TB (SOUSA FILHO, et al., 2012). Nesse âmbito, o desejo de morrer ou mesmo a ideia de suicídio, algumas vezes, perpassa os sentimentos vivenciados após o resultado sorológico positivo, sobretudo quando o diagnóstico da coinfecção é descoberto concomitantemente (LEMOS, et al., 2012). Estes fatos corroboram com o nosso estudo, onde o sentimento de revolta e injustiça se evidencia por parte dos indivíduos coinfectados, acabando

por desenvolver em alguns casos transtornos emocionais, sentimentos de culpa e pensamentos suicidas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As consultas de enfermagem, as palestras e o grupo de convergência, possibilitaram-nos conhecer e compreender as principais dificuldades que as pessoas coinfectadas pelo HIV/TB e profissionais de saúde encaram. Neste sentido foi possível provocar algumas mudanças no serviço com estas práticas.

As pessoas coinfectadas se deparam com muitas situações para aderir ao tratamento, entre as quais: suportar a quantidade e reações adversas dos medicamentos, tolerar as dificuldades no acesso ao tratamento e atendimento, vivenciar o estigma e a negação, resistir aos problemas socioeconômico, lidar com o medo e vergonha, e, mudar o modo e estilo de vida para fazer o tratamento.

Os profissionais de saúde se deparam com diversos desafios frente a adesão ao tratamento da TB em pessoas que vivem com HIV, tais como: procurar mecanismos que ajudam o paciente a ter concepção positiva sobre as doenças, lidar com a não adesão e abandono do tratamento, ajudar os pacientes a lidar com os fatores que favorecem a não adesão e abandono do tratamento, elaborar ações que visam diminuir o impacto das doenças sobre os pacientes, e, ajudar o paciente a aderir e a continuar com o tratamento apesar das dificuldades.

Como limite da pesquisa destaca-se o fato da restrição do estudo somente na realidade da região estudada. Por isso existe a necessidade de relizar estudos do genero em outras localidades.

A metodologia escolhida favoreceu o alcance dos objetivos, com reflexão dos participantes sobre o tema e perspectivas de melhorias no serviço onde se realizou o estudo.

Os resultados desta pesquisa permitem realçar que a concepção que as pessoas possuem sobre o viver com HIV/TB, pode resultar busca tardia pelos serviços de saúde, não adesão/abandono do tratamento e agravamento das doenças.

O abandono/não adesão tem sido a causa do agravamento e a disseminação das doenças, bem como o desenvolvimento de TB multidroga resistente. Ainda assim, não existem ações voltadas ao resgate de indivíduos que não aderem/abandonam o tratamento.

Demonstra-se que a ausência da sintomatologia das doenças, o sentimento de culpa, a negligência, a dificuldade de diálogo,

dificuldades financeiras, obstáculos no acesso ao atendimento, as dificuldades com os medicamentos e os vícios de drogas, são os principais fatores de riscos que conduzem ao abandono/não adesão do tratamento.

Percebe-se também que o estigma e a discriminação são aspetos que pessoas coinfectadas lidam no seu quotidiano, interferindo negativamente na sua vida e tratamento.

Portanto a coinfeção HIV/TB tem um impacto negativo nos indivíduos, alterando o seu modo e estilo de vida. Alguns vivem envergonhados e amedrontados, levando-lhes a incitar o suicídio.

## REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Pessoa Militão et al. “Empirical Treatment for TB in HIV: Lessons from a Cohort Study of People Living with HIV Treated.” *BMC Public Health*, Recife, Brazil, v.14, Mar 2014. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4020612/>> Acesso em: 12 Sept. 2016

ANGOLA. Ministério da Saúde. Instituto nacional de luta contra a sida. **Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA**, Angola, 2014.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. Ed.. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa**: Métodos qualitativo, quantitativo e Misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, Rosália. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Interviews in qualitative research. Editora UFPR, Curitiba. 2004.

HINO, Paula et al . Coinfecção de Tb/HIV em um distrito administrativo do município de São Paulo. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 25, n. 5, p. 755-761, 2012.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000500017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Out. 2016.

KLOPPER, Marisa et al. "Emergence and Spread of Extensively and Totally Drug-Resistant Tuberculosis," *Emerging Infectious Diseases*, South Africa, V. 19, n. 3  
Mar 2013. Disponível em:  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647643/>> Acesso em: 12 Sept. 2016.

LEMONS, Larissa de Araújo et al . Aspectos da qualidade de vida de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe1, p. 41-47, 2012 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000800007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Sept. 2016.

NEVES, Lis Aparecida de Souza et al . Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 704-710, June 2012.  
Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Sept. 2016.

RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde et al . Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 383-387, June 2010. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Sept. 2016.

SILVA, Jacqueline Barbosa et al . Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 209-229, Mar. 2015 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000100209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100209&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Sept. 2016.

SOUSA FILHO, Manoel Pereira de et al . Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 2, p. 139-145, June 2012 . Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 Set. 2016.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. **Pesquisa Convergente Assistencial**. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Moriá Editora. 3. Ed.. Porto Alegre. 2014.

WHO - World Health Organization. **The use of loop-mediated isothermal amplification (TB-LAMP) for the diagnosis of pulmonary tuberculosis, Policy guidance**, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, 2016a. Disponível em : <http://www.who.int/tb/publications/lamp-diagnosis-molecular/en/>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **In collaboration with United Nations Children's fund (UNICEF) and Emergency Nutrition Network (ENN)**. Implementation considerations on Human Immunodeficiency Virus (HIV) and infant feeding in the context of emergencies , Geneva, Switzerland September, 2016b. Disponível em : <[http://www.who.int/nutrition/events/2016\\_meeting\\_hiv\\_infantfeeding\\_emergencies\\_14to16sept/en/](http://www.who.int/nutrition/events/2016_meeting_hiv_infantfeeding_emergencies_14to16sept/en/)> acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, Department of HIV/aids, **Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021**, Towards Ending aids, avenue Appia 1211 Geneva 27 Switzerland, 2016c. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/en/>> . Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Un High-Level Meeting on ending AIDS, Ending TB Deaths among People Living with HIV**: Time for action, June 2016d. Disponível em: <[http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb\\_at\\_high\\_level\\_meeting\\_on\\_hiv\\_2016/en](http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb_at_high_level_meeting_on_hiv_2016/en)> Acesso em: 13 Jul. 2016.

## 5.5 MANUSCRITO II: ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AOS DESAFIOS DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM ANGOLA.

### RESUMO

Realizou-se uma pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial, no hospital sanatório do Huambo-Angola. Objetivou conhecer as estratégias dos profissionais de saúde frente aos desafios da adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV. Participaram 18 pessoas coinfectadas pelo HIV/TB e 11 profissionais de saúde. Utilizou-se a análise de conteúdo convencional. Os resultados são apresentados em 5 categorias: O acesso ao tratamento favorecendo a adesão, A concepção da coinfeção HIV/TB na perspectiva positiva para prover a adesão ao tratamento, O aconselhamento como estratégia de enfrentamento ao abandono/não adesão do tratamento, Fatores motivadores de adesão ao tratamento e Adotando mecanismos de gestão para a continuidade do cuidado. Conclui-se que os profissionais de saúde e os gestores, adotaram diversas estratégias para fazer frente as dificuldades na adesão ao tratamento.

**Palavras Chave:** HIV. Tuberculose. Coinfecção. Tratamento. Adesão. Cuidado.

### INTRODUÇÃO

O HIV e a tuberculose (TB) são condições crônicas, consideradas problema de saúde global, que contam com programas implementados que têm ajudado na diminuição da morbi-mortalidade de pessoas afetadas, mas ainda continuam sendo as principais infecções transmissíveis, que muitas mortes têm causado (OMS, 2014).

No mundo, até no final do ano 2014, existiam 37 milhões de pessoas vivendo com o HIV, e destes 22 milhões não estavam em terapia antirretroviral. Em 2015 morreram cerca de 1.1 milhões pessoas devido ao HIV, houve 2,1 milhões novos casos de HIV e a prevalência foi de 33,3 milhões pessoas vivendo com HIV em todo o mundo (WHO, 2016a).

Na África estão 70% das pessoas que vivem com HIV, onde quase um em cada 20 adultos está infectado (WHO, 2015). Em Angola, no ano de 2013, registraram-se um total de 15.300 casos novos de HIV/aids, correspondendo a 0,3% do total de infecções registradas no país, numa população de 25 milhões, 789 mil e 024 habitantes (UCAN, 2013; ANGOLA, 2016).

Mais de 95% das mortes por Tuberculose ocorrem em países de baixa e média renda, e está entre as cinco principais causas de morte de mulheres entre os 15 a 44 anos de idade (WHO, 2016c). Os principais problemas vivenciados pelos pacientes com HIV/TB estão relacionadas à fatores econômicos e sociais. O vício em drogas ilícitas e álcool, a pobreza, a prostituição e práticas sexuais inadequadas facilitam a proliferação das doenças (SOUSA FILHO, et al., 2012).

Em Angola, no ano 2013, das 24.239 pessoas com TB que foram testadas para o HIV, representando 39 por cento do total de casos na época, 2.667 foram positivos para o HIV, representando 11 por cento (USDS, 2015).

Assim, necessita-se elaborar mecanismos que tenham o propósito de diminuir o impacto de uma doença sobre a outra, entre os quais, fazer o diagnóstico precoce do HIV e da TB, começar o tratamento com antirretrovirais, tratar a TB e apostar na formação contínua dos profissionais (NEVES et al., 2012). Também é preciso tomar medidas urgentes para melhorar a gestão clínica, no sentido de favorecer a disponibilização de medicamentos a todos os pacientes, promoção de atividades intersectorias, e gerar conhecimento que permite melhorar o cuidado à pessoas com HIV e TB (AGBOR et al., 2014; PODLEKAREVA et al., 2015).

No ano 2014, um terço de todas as mortes relacionadas com o HIV foi devido à TB (WHO, 2016b). Em Angola, a principal causa de morte em indivíduos com HIV/aids continua sendo a TB (ANGOLA, 2012).

Sabe-se que indivíduos soropositivos para o HIV estão com o sistema imunológico deprimido e têm a probabilidade de serem coinfectados pela TB 38 vezes mais em relação a outras pessoas e a coinfeção favorece o abandono e não adesão ao tratamento, devido às questões difíceis inerentes à própria doença e ao tratamento (BRASIL, 2015).

Para fazer frente a estas doenças é necessário traçar programas que enfatizam atividades que favorecem a adesão ao tratamento (HINO et al., 2012). Mesmo com os problemas que as pessoas coinfectadas enfrentam é necessário não parar o tratamento (SOUSA FILHO et al.,



2012). O tratamento deve ser considerado como uma maneira de aumentar o tempo de vida. (SILVA et al., 2015). E faz-se necessário juntar ações de vigilância e tratamento do HIV e TB. (ZOHAR et al. 2014).

Alguns fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose podem estar ligados à forma com que os profissionais executam o cuidado ao indivíduo e sua família, assim como a forma que estão organizados os serviços de saúde e a maneira que se vai efetivar a atenção contínua a pessoas com tuberculose no decorrer do tratamento (ALVES, 2012). Assim, objetivou-se conhecer as estratégias dos profissionais de saúde frente aos desafios da adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV, em Huambo-Angola.

## MÉTODO

Realizou-se um estudo qualitativo do tipo convergente assistencial, no hospital sanatório do Huambo-Angola.

Huambo é uma província, localizada em Angola, no continente Africano. Possui uma área de 35 771 km<sup>2</sup>, com uma população aproximada de 2 milhões habitantes. É constituída por onze municípios, sendo: O Huambo, Bailundo, Ekunha, Caála, Catchiungo, Longuimbale, Longonjo, Mungo, Tchicala-Tcholoanga, Tchindjenje e Ucuma. É limitada pelas províncias de Kwanza-Sul (Norte), Bié (Este), Huíla (Sul) e Benguela (Oeste).

O Hospital sanatório do Huambo é serviço de saúde de referência composto pelas seções: masculina, feminina, pediatria e um ambulatório. O ambulatório faz o atendimento a pessoas com tuberculose e coinfectados, com um atendimento médio de 80 pacientes por dia. Dentre os principais fatores associados às causas de mortes nesta unidade hospitalar encontram-se a procura tardia dos serviços por parte dos pacientes, não adesão ao tratamento e a coinfeção HIV/TB.

O estudo foi realizado no dispensário antituberculose do Hospital, onde se faz o atendimento de pessoas com tuberculose e coinfectadas, constituído por um consultório, uma sala de arquivos, uma sala de tratamento, uma sala de raio x, uma sala de espera ou recepção, um gabinete, uma sala de microbiologia e uma farmácia. A equipe que mantém o funcionamento normal do dispensário é constituído por dois enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, dois técnicos de radiologia, duas catalogadoras, oito técnicos em análises clínicas, duas psicólogas e um médico que também trabalha em outras secções do hospital.

Durante o processo da coleta de dados o pesquisador foi incluído no grupo de trabalho que presta assistência a pessoas coinfectadas pela TB/HIV do dispensário antituberculose do hospital Sanatório do Huambo/Angola, fazendo consultas de enfermagem a pessoas coinfectadas pelo HIV/TB, realizando palestras e finalmente um grupo de convergência, no sentido de alcançar mudanças ou inovações no serviço.

Participaram da pesquisa pessoas coinfectadas pelo HIV/TB e profissionais de saúde que trabalham no dispensário antituberculose do hospital Sanatório. Foram critérios de inclusão: Para os pacientes - ser pessoa coinfectada pelo HIV/TB, maior que 15 anos de idade, recebendo tratamento para tuberculose e HIV, no hospital sanatório do Huambo. Para os profissionais foi trabalhar no dispensário, prestando assistência à pacientes coinfectados pelo HIV/TB há pelo menos 6 meses e que não estejam em férias ou licença. Assim, participaram no estudo 29 indivíduos, entre os quais, 18 pessoas coinfectadas pelo HIV/TB e 11 profissionais de saúde.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista, observação e grupo de convergência. A entrevista foi feita mediante um conjunto de questões que desencadearam percepções e ideias dos sujeitos da pesquisa (CRESWELL, 2010). Neste âmbito, uma vez realizada adequadamente favoreceu ao investigador uma forma de imersão em profundidade, obtendo informações de como os sujeitos percebiam e significavam as suas experiências e extrair informações densas que facilitaram mapear e compreender a lógica das relações que se estabelecem nos grupos (DUARTE, 2004; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos, e abordaram os desafios na adesão a terapia da coinfecção HIV/TB com profissionais e pacientes.

Mediante a norma da imersibilidade, realizou-se uma observação participativa, incluindo o pesquisador na prática assistencial para causar mudanças e inovações de forma compartilhada. Usou-se o Diário de campo para o registar as informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A observação foi realizada sempre que o pesquisador esteve no hospital, para as entrevistas, grupo e outras atividades inerentes a pesquisa.

Realizou-se o grupo de convergência com o objetivo de efetuar a pesquisa simultaneamente com a prática assistencial em educação para a saúde ou na prática clínica. O grupo que permitiu o alcance das alterações e inovações na prática assistencial. Seguindo as fases do reconhecimento, da revelação, do repartir e do repensar (TRENTINI;

PAIM; SILVA, 2014). Foram integrantes do grupo de convergência 11 profissionais de saúde, entre os quais 4 são gestores. Dois estudantes, gravaram e, ajudaram a organizar a atividade. O grupo de convergência teve a duração de 1 hora e meia e discutiu os achados das entrevistas, possibilitando a discussão acerca de novas possibilidades no enfrentamento dos desafios de cuidado na adesão aos tratamentos da coinfeção HIV/TB e entregou-se material de apoio aos profissionais de saúde.

Os encontros foram todos efetuados no serviço de referência. Realizou-se registros da observação no diário de campo, as entrevistas e o grupo de convergência foram gravados em áudio, sendo transcritos posteriormente na íntegra, no programa de edição de textos Microsoft Word® versão 2010, pelos pesquisadores.

A análise dos dados foi realizada por intermédio da técnica de análise de conteúdo convencional, que de uma forma abrangente tem sido empregado em desenhos de estudos, que têm a finalidade de mapear um fenômeno, como as reações emocionais de pacientes de cuidados paliativos. Empregou-se a triangulação dos dados achados durante a entrevista, a observação e a realização do grupo de convergência. Pois os dados originam categorias e nomes para as categorias. Usou-se o *software* de análise de dados qualitativos e mistos QSR Nvivo®, versão 10, para organização e codificação dos dados.

Os indivíduos infectados pelo HIV e TB foram identificados no texto com a letra “P”, os profissionais de saúde com as letras “PS” e os que participaram no grupo de convergência com as letras “GC”.

O projeto do presente trabalho teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer n. 1.691.928, cumprindo com as normas previstas pela Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS

Todas (18) as pessoas coinfectadas pelo HIV/TB que participaram no estudo não sabiam o nome dos medicamentos que tomavam e seus intervalos entre consultas foi de um mês. Dos participantes, sete já haviam deixado de tomar os medicamentos sem dar a conhecer aos profissionais de saúde e 11 tomam sempre a medicação, oito tinham problemas com o transporte para ir buscar a medicação. O

quadro1 traz com mais detalhes informações sobre as pessoas infectadas pelo HIV/TB que participaram no estudo.

Quadro 1. Perfil dos participantes da pesquisa, segundo diagnóstico e Tratamento para HIV/TB.

<b>Pessoas com HIV / TB</b>	<b>Modo de infecção pelo HIV</b>	<b>Tempo de infecção pelo HIV/ meses</b>	<b>Tempo em TARV/ (meses)</b>	<b>Tempo em Terapia TB/ meses</b>	<b>Número de comprimidos/ dia</b>	<b>Interrupção do tratamento anterior</b>	<b>Tempo de interrupção/ meses</b>
P1	Não sabe	6	6	5	9	Não	
P2	Relação sexual	12	8	8	8	Sim	1 mês
P3	Relação sexual	12	10	3	6	Não	
P4	Relação sexual	25	20	5	8	Sim	2 meses
P5	Relação sexual	12	8	4	4	Sim	1 mês
P6	Relação sexual	9	7	6	4	Sim	½ mês

	1						
P7	Relaça ão sexua l	18	10	5	7	Não	
P8	Relaça ão sexua l	9	4	3	5	Não	
P9	Não sabe	11	6	4	6	Sim	3 meses
P10	Relaça ão sexua l	48	36	5	9	Não	
P11	Relaça ão sexua l	60	23	4	9	Sim	1 mês
P12	Relaça ão sexua l	36	12	5	8	Sim	4 meses
P13	Relaça ão sexua l	24	13	6	9	Não	
P14	Não sabe	72	36	5	8	Não	
P15	Relaça ão sexua	12	7	3	8	Não	

	1						
P16	Relação sexual	14	9	2	8	Não	
P17	Relação sexual	6	5	3	5	Não	
P18	Relação sexual	12	6	4	8	Não	

Fonte: Dados de pesquisa. Huambo, 2016

Por intermédio da prática assistencial realizada pelo pesquisador durante o estudo, como: as consultas de enfermagem, as palestras e o grupo de convergência, foi possível realizar algumas mudanças no serviço de atenção especializada, tais como:

- Durante a consulta de enfermagem as pessoas coinfetadas pelo HIV/TB mostraram-se mais abertas e a vontade ao exporem suas dúvidas e dificuldades;

- O processo de efectuar a prática assistência e investigativa simultaneamente no hospital sanatório, levou os profissionais de saúde a cogitaram sobre os desafios que enfrentam e houve reflexão sobre as possíveis soluções para os problemas;

- Ao efetuar as palestras passou-se a abordar não só acerca da TB, mas também sobre o HIV;

- Durante a discussão dos dados durante a pesquisa, no grupo de convergência, os gestores de saúde mostraram-se abertos para levar os problemas identificados, às entidades superiores, para serem abordados e trazer soluções;

- A discussão sobre os problemas permitiu o planeamento da criação de um grupo de acção, que trabalhará no sentido de juntar os sectores governamentais e não-governamentais, para ajudar na minimização das dificuldades que os pacientes, profissionais de saúde e gestores enfrentam;

- Também possibilitou o planejamento de elaboração de um programa de acção para resgatar indivíduos que abandonam o tratamento.

As entrevistas e o grupo de convergência realizados originaram cinco categorias principais, que serão apresentadas a seguir: O acesso ao tratamento favorecendo a adesão, A concepção da co-infecção HIV/TB na perspectiva positiva de adesão ao tratamento, O aconselhamento como estratégia de enfrentamento ao abandono/não adesão do tratamento, Fatores motivadores de adesão ao tratamento e Adotando mecanismos de gestão para a continuidade do cuidado.

### **Categoria 1: O acesso ao tratamento favorecendo a adesão**

Os profissionais de saúde e os gestores têm trabalhado no sentido de rastrear as pessoas coinfectadas pelo HIV/TB, disponibilizando recursos para o diagnóstico das doenças nos serviços de atenção especializados e não especializados, tais como postos e centros de saúde e, em atividades de prevenção e/ou promoção de saúde facilitando a descoberta das doenças assim como a adesão ao tratamento de forma precoce.

*Descobri o HIV no mesmo tempo que descobri que estou com a tuberculose, aqui no sanatório. (P7).*

*No centro médico... de tarde falaram que tenho Sida. (P3).*

*Havia uma feira de saúde no meu bairro, fiquei curioso, fiz o teste de HIV e deu positivo. (P8)*

*Descobri o HIV no hospital central... e nestes exames acusou também o HIV. (P4).*

As pessoas coinfectadas pelo HIV/TB são todas acompanhadas pelos serviços de atenção especializada, tendo acesso a vários exames, consultas com vários profissionais e medicamentos para fazer frente aos processos infecciosos. Depois dos exames e consultas de especialidade os pacientes têm a liberdade de passar a buscar assistência nos serviços de saúde onde haja recursos materiais e humanos de especialidade, que seja

mais próximo a sua residência, para minimizar os gastos com o transporte, favorecendo a continuidade ao tratamento. Mas, as pessoas preferem receber atendimento no serviço de referência:

*Aqui fazem os exames, te dão os medicamentos, te falam como tomar. (P1).*

*Fui ao posto médico do meu bairro e me enviaram para aqui, fiz exames e fizeram Raio X. (P10).*

*Aqui no sanatório diagnosticamos e enviamos as unidades mais próximas da sua casa para passar a buscar o tratamento, mas não sei por que os pacientes preferem vir aqui receber tratamento da TB. (PS1).*

*Os retrovirais eles recebem nas unidades de saúde mais próximas, para evitar que gastem dinheiro. (PS2).*

Mesmo com as diversas dificuldades que existem no processo de prestar cuidados de saúde, os profissionais de saúde têm se esforçado para dar atendimento que melhore o estado de saúde das pessoas coinfectadas, onde alguns afirmam serem bem tratados, devido a recuperação do seu estado de saúde, o que de certo modo tem estimulado os pacientes a aderirem e a continuar com o tratamento. O trabalho de prevenção da coinfeção HIV/TB mais intensivo ainda não é realizado, mas é parte dos planos imediatos dos profissionais de saúde que trabalham no serviço de atenção especializada.

*Sim aqui me tratam bem, porque estou a melhorar. (P16).*

*Em todos os lugares existe pessoa boa e má, mas aqui me atendem bem, principalmente se trago os meus filhos. (P11)*

*Aqui temos que tratar e começar a trabalhar forte na prevenção. (GC8).*



Mediante a disponibilidade de recursos para fazer o diagnóstico das doenças nos serviços especializados e não especializados, a facilidade de exames, o acesso as consultas e medicamentos, bem como pelo modo de atendimento, demonstra-se que o acesso ao tratamento vem favorecendo a adesão ao tratamento.

## **Categoria 2: A concepção da coinfeção HIV/TB na perspectiva positiva, promovendo a adesão ao tratamento.**

O modo que a pessoa coinfectada pelo HIV/TB concebe o tratamento facilita aceitar as doenças, aumenta o seu desejo de viver e lutar pela vida, ter coragem e capacidade de suportar as dificuldades, conseguir usar o que estiver ao seu alcance para melhorar a sua saúde e prolongar o seu tempo de vida. Começa a encarar os medicamentos como meio para se manter vivo, refletindo-se na adesão e continuidade da terapêutica, no seguimento das orientações dos profissionais de saúde e na melhoria da sua saúde.

*Fazer o tratamento é aceitar que estou doente, quero viver e para isso devo seguir o tratamento de forma adequada. (P8).*

*Tenho conseguido fazer o tratamento porque sei que é a única maneira de aumentar o meu tempo de vida. (P14).*

*Fazer o tratamento das duas doenças é viver..., é aceitar as doenças e aceitar as pequenas armas que temos em mãos, é viver e procurar ultrapassar as dificuldades impostas pelas doenças. (P7).*

*Fazer esse tratamento é ter coragem, é saber suportar, é saber que sem esses medicamentos não vives. (P3).*

*Eu vejo o tratamento como a possibilidade de aumentar mais tempo de vida..., estou a fazer um tratamento que mantém vivo e ponto final. (P18).*

Os participantes da pesquisa enfrentam diversos problemas, mas quando têm vontade de resistir às dificuldades, conseguem ignorar os aspectos negativos da vida, não abandonam o tratamento e nem desistem de lutar pela vida. Incutir no paciente a capacidade de reconhecer que está doente, enfrentar as dificuldades e fazer o tratamento para melhorar a sua saúde e, adiar a morte, tem sido o desafio dos profissionais de saúde, tendo um impacto positivo na vida das pessoas coinfectadas pelo HIV/TB.

*Conforme já disse, é duro mas temos que ser capaz de aguentar as dificuldades, é isso que procuro fazer e acho que estou a conseguir. (P17)*

*Mas, afinal de contas, o homem foi feito para enfrentar os problemas. Eu acho que fomos feitos para superar as dificuldades da vida e isto inclui enfrentar as doenças. (P13).*

*Tem alguns pacientes que mesmo com as dificuldades não abandonam o tratamento. (GC8).*

*Não me importo com o que as pessoas pensam ou dizem sobre a minha doença, hoje penso mais nas coisas positivas da vida. (P9).*

*Se acompanhas bem o tratamento também ficas bem, e se não acompanhas bem ficas mal, fazer os dois tratamentos..., é prolongar os dias de vida para mim, mas não é fácil. (P6).*

*É complicado viver com estas doenças! Mas quando já temos não podemos desistir de viver. (P13).*

*Sei que se não fazer o tratamento vou morrer cedo. (P16).*

*O principal desafio é mesmo fazer com que o doente aceite o seu diagnóstico. (PS1).*

*Fazer com que o paciente faça o tratamento apesar destas dificuldades tem sido o nosso principal desafio. (PS6).*

### **Categoria 3: O aconselhamento como estratégia de enfrentamento ao abandono/não adesão do tratamento**

O aconselhamento tem sido um modo que os profissionais de saúde utilizam para promover a adesão e continuidade ao tratamento, é feito mediante conversas e palestras, permitindo a pessoa coinfecteda pelo HIV/TB expor as suas dificuldades e receber orientações sobre o tratamento.

*Muitos casos resolvemos dando conselhos e palestras. (PS8).*

*Me dão abertura de conversar com elas, permitem que fale das dificuldades, me dão a entender que eu sou capaz de enfrentar os problemas que a vida me trouxe, sem falar da forma carinhosa que elas me tratam. (P4).*

*Tem algumas enfermeiras que te explicam mesmo bem, nas palestras, têm paciência com os pacientes. (P7).*

*De momento nós temos feito palestras aqui no hospital para os pacientes, aconselhamos os pacientes, por vezes conversamos com os pacientes de forma individual, são essas as maneiras que nós adotamos para resolver todos os nossos problemas. (PS7).*

O aconselhamento possibilita também envolver a família das pessoas coinfectedas pelo HIV/TB no processo do tratamento. Geralmente tem sido feito entre o profissional de saúde e o paciente, mas, nos retornos a família é convidada a participar no aconselhamento:

*Atualmente nós apenas fazemos palestras e conversamos individualmente com os pacientes. (PS2).*

*Quando um paciente desiste e retorna ao tratamento nós chamamos a família, e conversamos com a família e o paciente. (PS2).*

*Na maioria das vezes apenas pedimos a família destes pacientes para dar o apoio financeiro, se a família do paciente se apresentar. (PS9).*

*Temos dado conselhos aos pacientes e entre nós, os enfermeiros, também conversamos. (PS5).*

Existem pessoas que não aceitam cumprir com as orientações que recebem durante o processo de aconselhamento, ao passo que outros reconhecem a importância do aconselhamento nas suas vidas, colaborando com os profissionais de saúde. A participação da família no aconselhamento tem trazido resultados positivos nos relacionamentos interpessoais, no serviço de atenção especializada e na vida dos coinfectados pelo HIV/TB.

*Algumas famílias têm nos ajudado nos momentos de aconselhamento aos pacientes, participam! (PS8).*

*Muitos pacientes não aceitam estas mudanças, não aceitam os conselhos. (PS2).*

*Mas, com as enfermeiras falo mesmo, são poucas as pessoas que conversam comigo, quando alguém me pergunta algo devo responder e procurar que fale mais comigo, isso me faz bem. (P17).*

Algumas pessoas estão mal informadas sobre o tratamento, chegando a declarar que o tratamento do HIV, cura outras doenças, enquanto que alguns têm alguma informação, que recebem da mídia e dos profissionais de saúde, sabem que o HIV não tem cura.

*Não tem mesmo cura o HIV, as pessoas, na televisão e os doutores sempre falam isso. (P3).*

*Porque as pessoas não estão informadas, sobre o tratamento do HIV e sobre a tuberculose principalmente. (PS7).*

*Me disseram que o tratamento do HIV cura também outras doenças. Me disseram isso num senhor da zona do meu bairro, disse que é importante seguir o tratamento do HIV, porque cura outras doenças também. (P4).*

#### **Categoria 4: Fatores motivadores de adesão ao tratamento**

O apoio familiar desempenha um papel preponderante na vida das pessoas coinfectados pelo HIV/TB, estimula-os a encontrar o sentido de lutar pela vida e a cumprir com o tratamento. Em alguns casos, o desejo de sustentar a família influencia na maneira de encarar as dificuldades, levando-os a se esforçar para prolongar o tempo de vida, por meio do cumprimento da terapêutica, possibilitando-lhe dar o suporte necessário a sua família, mesmo sendo doente.

*Agora os meus pais começaram a me dar apoio, se não fosse por eles acho que já teria desistido do tratamento e morrido. (P17).*

*Sim, a minha família me ajudou e descobri que tinha que viver mais para ajudar e sustentar os meus filhos, já me preocupo com a saúde dos meus filhos. (P9).*

Entre os motivos que levam as pessoas com HIV/TB a aderir ao tratamento encontra-se evitar a transmissão, a manifestação e agravamento das doenças.

*Felizmente a nossa filha não tem HIV, logo que descobrimos que a mãe dela tinha HIV, fez o tratamento e ela nasceu sem HIV. A própria mãe não amamentou a criança e evitou a transmissão. (P13).*

*Não estava a me sentir bem, estava com muita tosse e febre... Vim aqui e me*

*disseram que tinha que fazer o tratamento. (P12).*

*Quando a doença se agrava, começam a aderir ao tratamento. (PS1).*

*Só quando a doença agravar é que vêm. (PS4).*

Por outra, o medo de morrer tem sido outro fator que incita a adesão ao tratamento e cumprimento das orientações dos profissionais de saúde.

*Ainda ontem não tinha comida em casa e eu disse que preciso comer antes de tomar medicamentos, se não fazer isso vou morrer. (P11).*

*Eu mesma vi que iria morrer cedo demais, senti medo e vim de novo fazer o tratamento. (P5).*

### **Categoria 5: Adotando mecanismos de gestão para a continuidade do cuidado**

Os gestores têm envidado esforços para aumentar a qualidade de vida das pessoas com coinfeção HIV/TB, preocupam-se em identificar e ajudar com alimentação os mais necessitados para minimizar as dificuldades que os indivíduos enfrentam no cotidiano, favorecendo a continuidade ao tratamento.

*O diretor disse que iria dar um quilo de leite por semana, para os casos mais estremos. (PS3).*

*Existe um trabalho que o hospital está a fazer, é um esforço que direção do hospital está fazer, mas estamos a identificar junto ao chefe do dispensário e do administrador para ver se identificamos os que vivem nestas condições precárias. (GC10).*

*Mas quanto a alimentação, o diretor disse que está a criar condições para distribuir*

*uma cesta básica aos mais necessitados. (PS8).*

*Tem caso que encaminhamos a direção do hospital e ajudam. (PS3).*

*Já temos alguns alimentos, a próxima semana vamos fazer um trabalho para que os alimentos cheguem para aqueles que realmente mais precisam. (GC8).*

Os administradores têm lutado para lidar com os desafios que lhes são impostos, preocupam-se em dotar o serviço com recursos materiais, profissionais qualificados e medicamentos, reconhecendo a necessidade do engajamento de toda a sociedade para ajudar as pessoas coinfetadas. Estão abertos a reclamações e aos pesquisadores que ajudam a melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

*Mas de uma forma geral a direção do hospital tem sabido gerir bem as dificuldades que têm sido apresentadas aqui. (PS9).*

*Sempre me dão medicamentos, acho nunca vou sair daqui sem os medicamentos. (P4). Por vezes existe falta de materiais, como máscaras e luvas, mas é uma questão que a direção tem resolvido rápido. (PS7)*

*Com os seminários que fomos fazendo, adquirimos experiência e passou a ser fácil prestar assistência a estes pacientes. (PS9)*

*... São problemas multifactoriais, que não depende só do paciente, mas também de todos nós e da sociedade em geral. (GC11).*

*Aqui permitem reclamar uma coisa que está mal. (P2).*

*Estamos satisfeitos com o trabalho que fez (pesquisa), vamos ajudar a todos que*

*fazem pesquisa para melhorar o nosso trabalho! (GC10).*

No que se refere ao cuidado, os profissionais de saúde do serviço especializado, mesmo com as dificuldades, têm conseguido prestar assistência aos coinfectados pelo HIV/TB, com afeição e responsabilidade, dando atendimento adequado, do ponto de vista dos participantes da pesquisa.

*Os profissionais de saúde fazem bem o trabalho, apesar das dificuldades que enfrentamos, atendemos bem os pacientes. (PS7).*

*Prestamos assistência com maior carinho. (PS9)*

*Eu procuro fazer o meu trabalho com zelo e dedicação. (PS1).*

*Trabalho com vontade, recebo os meus pacientes com muito amor e carinho. (PS5).*

*O doente, por vezes, não precisa só de medicamentos, mas de carinho e afeto. (PS3).*

*Eu me tratam muito bem, não tenho motivos de queixa. (P13).*  
*Aqui sempre me atendem bem, os profissionais atendem bem os doentes. (P14).*

O respeito mútuo tem sido um dos aspectos importantes no processo do atendimento. Os profissionais de saúde são respeitosos com as pessoas coinfectadas e vice-versa. Assim, os profissionais de saúde prestam cuidados sem discriminação.

*Aqui os profissionais me respeitam..., sou atendido com respeito. (P15).*

*Aqui os profissionais respeitam os pacientes e..., não existe discriminação. (PS4).*



*Respondo o que me perguntam com respeito e os doutores me respeitam. (P18).*

Os profissionais de saúde estão preocupados em melhorar a qualidade de vida das pessoas coinfectados, instigando-lhes a continuar com o tratamento e a lutar pela vida, não obstante os obstáculos que encaram. Servem-se da empatia e do cuidado para auxiliar os indivíduos a manejar as adversidades.

*O nosso desafio é aumentar a qualidade de vida do paciente, apesar das enfermidades que estão com ele. (PS2).*

*Temos trabalhado no sentido de incentivar os pacientes para fazer o tratamento, apesar das dificuldades que enfrentam. (PS8).*

*Aos pacientes dou sempre aquela força, para não desistir nunca apesar das dificuldades. (PS5).*

*Temos nos colocado no lugar do paciente, tenho usado a empatia. (PS3)*

*O nosso trabalho é ajudar, é cuidar o paciente. (PS5).*

*Temos ajudado os pacientes a gerir os seus conflitos. (PS7).*

## DISCUSSÃO

Estudo feito Zohar et al. (2014), em Israel, que objetivou descrever a prevalência do HIV entre pessoas com tuberculose, notificadas entre 1999 a 2011, identificando características demográficas, clínicas e laboratoriais, de indivíduos coinfectados pelo HIV/TB, relata que é primordial integrar a vigilância e tratamento da TB com o HIV, bem como, melhorar a qualidade do controle das doenças. Faz-se presente a necessidade de desenvolver estratégias conjuntas de políticas que visem diminuir o impacto epidemiológico de uma doença sobre a outra, entre as quais, a detecção precoce do HIV e da TB, implantação da terapia antirretroviral, investigação da TB nos indivíduos soropositivos, tratamento da TB latente, ampliação do tratamento e capacitação dos profissionais (NEVES et al., 2012).

Para os pacientes com coinfeção TB-HIV, as ações de intensificação de adesão devem ocorrer de forma contínua, pois necessitam de avaliação constante, manejo adequado e escuta qualificada para os diferentes contextos individuais, provendo abordagens resolutivas e adequadas (BRASIL, 2013). Estes relatos corroboram com o nosso estudo, pois o diagnóstico das doenças é feito até em serviços de saúde não especializado, mas a atenção a pessoas com estas patologias deve ser contínua, não obstante os nossos dados demonstram que ainda não se começou a trabalhar com intensidade em ações de prevenção.

A adesão ao tratamento permanece como desafio para os programas de controle da TB e HIV/aids (HINO et al., 2012). Algumas pessoas coinfectadas se sentem muito bem em poder realizar o tratamento, apesar das dificuldades que se deparam no cotidiano (SOUSA FILHO et al., 2012). A aceitação do diagnóstico, e portanto, da(s) doença(s), torna-se estratégico, para a condução dos respectivos tratamentos, pois em determinadas situações o tratamento é percebido como algo que possibilita prolongar a vida (SILVA et al., 2015). As barreiras e os desafios apresentados pelos pacientes requerem maior envolvimento entre os profissionais dos serviços de saúde e os pacientes, sendo necessários profissionais mais conscientes sobre os aspectos que interferem na adesão ao tratamento, e, que possuam, ainda, habilidades para proporcionar um atendimento crítico-reflexivo aos pacientes sobre a importância da continuidade do tratamento (SOUSA FILHO et al., 2012). Os profissionais de saúde devem desenvolver uma assistência qualificada, acolhedora e permeada pela escuta ativa, buscando assim incentivá-los à adesão e ao controle de sua própria

saúde, melhorando sua sobrevivência (HINO et al., 2012). Estes estudos convergem com os achados da nossa pesquisa, onde se demonstra que a concepção positiva sobre as doenças, promove a adesão ao tratamento, possibilitando melhorar a saúde e qualidade de vida das pessoas coinfectadas. Os profissionais de saúde têm trabalhado no sentido incitar os indivíduos a enfrentar as dificuldades e a aderir ao tratamento.

Pesquisa realizada na Etiópia, que objetivou comparar o resultado do tratamento anti-tuberculose em adultos com diagnóstico de HIV e tuberculose, com a participação de 439 pessoas coinfectadas pelo HIV/TB, destaca a necessidade de reforçar a estratégia de gestão de casos, com aconselhamento centrado no paciente (BALCHA et al., 2015). Os achados desta pesquisa diferem dos resultados do nosso estudo, que demonstram o uso do aconselhamento de forma individual e coletiva, incluindo a família, para promover a adesão e continuidade do tratamento, apesar de existir ainda alguns indivíduos mal informados sobre o tratamento. Os sentimentos negativos sobre as doenças, muitas vezes, desaparecem, sobretudo quando os co-infectados recebem apoio dos profissionais de saúde, e, em especial, dos familiares e amigos (LEMOES et al., 2012).

Nos casos em que não houve suporte positivo dos familiares, as pessoas coinfectadas referiram sentir-se desamparadas e com maior dificuldade de cumprir o tratamento (SILVA et al., 2015). Este relato reforça a importância do apoio da família na vida das pessoas coinfectadas. No nosso estudo o apoio da família foi importante ao estimular as pessoas a aderirem ao tratamento. Além da transmissão, manifestação e agravamento das doenças, e, medo de morrer que também foram elementos motivadores para os pacientes aderirem ao tratamento.

Pesquisa realizada por Tweya et al. (2014), em Malawi, realça que a inscrição precoce de todos os indivíduos soropositivos, nos serviços de especialidade, fornece abertura para iniciação do tratamento oportuno entre as pessoas coinfectadas pelo HIV/TB. Para melhorar as práticas desenvolvidas nos serviços, depende do trabalho dos gestores e profissionais de saúde, e, das pessoas coinfectadas. Muitas vezes precisa-se apenas atitudes simples tais como: fortalecer estratégias já existentes e estimular a adesão com novas estratégias. Alguns problemas relativos a pessoas coinfectadas são mais difíceis de resolver, uma vez que dizem respeito a vulnerabilidades individuais ou são fatores sociais e econômicos que dependem de ações governamentais muito mais complexos (RODRIGUES et al., 2010). Estratégias para promover o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV em pacientes com TB e início

precoce do tratamento, desempenham um papel importante na melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes coinfectados com HIV/TB (SARACENI et al., 2014).

Outra pesquisa, feita na Zambia, afirma que profissionais de saúde comprometidos, sistema de serviços de saúde bem organizados e educação do paciente são aspectos urgentemente necessários para garantir uma maior taxa de encaminhamento de pacientes coinfectados TB/HIV para os cuidados adequados (MIYANO et al., 2013). Estes achados confluem com o nosso estudo, pois mesmo com as dificuldades acrescidas, os profissionais e gestores de saúde têm trabalhado no sentido prestar cuidados adequados, promovendo ações que visam incentivar a adesão e continuidade do tratamento, para melhorar a qualidade de vida dos coinfectados.

Estudo efetuado na África do Sul relata que questões inerentes ao cuidado a pessoas coinfectadas pelo HIV/TB não devem envolver apenas o setor da saúde, mas também outros setores governamentais e não governamentais (NAIDOO et al., 2013). Necessita-se mais investigação e medidas urgentes para melhorar a gestão clínica, utilizando uma abordagem multidisciplinar, a fim de melhorar o aumento de sobrevivência de indivíduos com HIV/TB (PODLEKAREVA et al., 2015).

Estudo realizado em Camarões defende o reforço da formação do pessoal de saúde, disponibilização de medicamentos a todas as pessoas, promover atividades colaborativas, e gerar o conhecimento necessário para melhor cuidar de pessoas coinfectadas pelo HIV/TB (AGBOR et al., 2014). Alguns reconhecem as ações realizadas pelos profissionais de saúde, com destaque para a relação profissional de saúde-paciente, reforçando a importância do serviço de saúde não somente como lugar de doenças e sofrimento, mas também de interações positivas e criação de novos sentidos e maneiras de conviver com a saúde e a doença (SILVA, et al., 2015).

Os relatos destas pesquisas convergem com os resultados do nosso estudo, que demonstram que os profissionais de saúde e os gestores reconhecem a importância da formação contínua, existe respeito entre profissionais de saúde e doentes, estão abertos a reclamações e reconhecem a necessidade de fazer mais estudo para melhorar a qualidade dos cuidados que prestam. Têm conseguido prestar atendimento adequado sob o ponto de vista dos participantes do estudo, apesar das dificuldades, favorecendo deste modo a adesão e continuidade do tratamento da infecção HIV/TB.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas assistenciais do pesquisador possibilitaram o alcance de algumas mudanças ou inovações no serviço de atenção de referência. Os profissionais de saúde e os gestores adotaram diversas estratégias para fazer frente às dificuldades na adesão ao tratamento, como: buscar mecanismo que facilitam o acesso ao tratamento, ajudar os pacientes a conceber coinfeção HIV/TB numa perspectiva positiva, trabalhar com ênfase no aconselhamento das pessoas coinfectadas, dar atenção aos factores motivadores de adesão ao tratamento e adotar outros mecanismos de gestão para favorecer a adesão.

As pessoas com HIV/TB são todas acompanhadas pelos serviços de atenção de referência e os profissionais de saúde têm trabalhado no sentido de fazer o rastreio das pessoas coinfectadas pelo HIV/TB, pelos serviços de atenção especializada e não especializado. Mesmo com as diversas dificuldades que existem no processo de prestar cuidados de saúde, de forma geral, os profissionais de saúde têm lutado para dar um atendimento que corresponde as expectativas dos indivíduos coinfectados. Encarar a doença de forma positiva favorece a adesão e continuidade ao tratamento.

O aconselhamento tem sido uma estratégia que os profissionais de saúde utilizam para promover a adesão e continuidade ao tratamento. Também o apoio familiar desempenha um papel preponderante na vida dos sujeitos coinfectados pelo HIV/TB. Estas famílias servem de motivação, pois entre os motivos que levam as pessoas com HIV/TB a aderir ao tratamento encontra-se evitar a transmissão, a possibilidade de manifestação e agravamento das doenças, assim como o medo de morrer.

Os gestores têm envidado esforços para aumentar a qualidade de vida destas pessoas com coinfeção HIV/TB, favorecendo o acesso e medicações gratuitas. Quanto ao cuidado, os profissionais de saúde do serviço especializado, mesmo com as dificuldades, tem conseguido atender algumas necessidades das pessoas com HIV/TB.

A metodologia escolhida favoreceu o alcance do objetivo do estudo e possibilitou mudanças e inovações no hospital de referência onde realizou-se o estudo.

Urge a necessidade de realização de estudos semelhantes, em outros locais, pois esta pesquisa limita-se à realidade do contexto estudado.

## REFERENCIAS

AGBOR, Ako A. et al. “Factors Associated with Death during Tuberculosis Treatment of Patients Co-Infected with HIV at the Yaoundé Central Hospital. An 8-Year Hospital-Based Retrospective Cohort Study (2006–2013).” Ed. Antonio Guilherme Pacheco. **PLoS ONE**. Cameroon, v.9(12), Dez. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266669/>> acesso em: 20 Set. 2016.

ALVES, Rayanne Santos et al . Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 3, p. 650-657, Set. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 Out. 2016.

ANGOLA. Ministério da Saúde. **Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas**, Mar. 2012.

ANGOLA. Angop. Agencia Angola Press. **Angola: País tem mais de 25 milhões de habitantes Luanda - A população angolana é constituída actualmente por 25 milhões 789 mil 024 habitantes, seis milhões 945 mil e 386 dos quais vivem na capital do país**, Luanda, Mar 2016. Disponível em: <[http://www.angop.ao/angola/pt\\_pt/noticias/sociedade/2016/2/12/Angola-Pais-tem-mais-milhoes-habitantes,9186a322-19ec-465e-9e8c-9cfb5cd2117f.html](http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/sociedade/2016/2/12/Angola-Pais-tem-mais-milhoes-habitantes,9186a322-19ec-465e-9e8c-9cfb5cd2117f.html)> Acesso em: 9 Set. 2016.

BALCHA, Taye T. et al. Outcome of tuberculosis treatment in HIV-positive adults diagnosed through active versus passive case-finding. **Global Health Action.**, Ethiopia, v. 8, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/27048>>. Acessado em: 19 Set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sessão Solene Dia Mundial de Combate à Tuberculose, Juntos pelo fim da tuberculose**, 2015. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015marco23final-tb.pdf>>.  
Acesso em: 10 de Abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS / Ministério da Saúde.** Secretaria-Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa:** escolhendo entre cinco abordagens. 3ª edição. Porto Alegre: Penso, 2014. CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e Misto.** 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, Rosália. **Entrevistas em pesquisas qualitativas.** Interviews in qualitative research. Editora UFPR, Curitiba. 2004.

HINO, Paula et al . Coinfeção de Tb/HIV em um distrito administrativo do município de São Paulo. **Acta paul. enferm.,** São Paulo , v. 25, n. 5, p. 755-761, 2012 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000500017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Set. 2016.

LE MOS, Larissa de Araújo et al . Aspectos da qualidade de vida de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose. **Acta paul. enferm.,** São Paulo , v. 25, n. spe1, p. 41-47, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000800007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Sept. 2016.

NADDOO, Pamela et al. Predictors of tuberculosis (TB) and antiretroviral (ARV) medication non-adherence in public primary care patients in South Africa: a cross sectional study. **Public Health, South Africa,** v.13, Abr. 2013. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23622516>> acesso em: 20 set 2016.

NEVES, Lis Aparecida de Souza et al . Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo , v. 46, n. 3, p. 704-710, June 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Sept. 2016.

OMS- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe Mundial sobre la tuberculosis, Organización Mundial de la salud.**

2014. Disponível em:

<[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr14\\_execsummary\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_es.pdf)> Acesso em: 9 Abr. 2015.

RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde et al . Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 2, p. 383-387, Jun 2010 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Set. 2016.

SARACENI, Valeria et al . Survival of HIV patients with tuberculosis started on simultaneous or deferred HAART in the Rio cohort. **Braz J Infect Dis**, Salvador, Rio de Janeiro, Brazil. v. 18, n. 5, p. 491-495, Oct. 2014 . Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141386702014000500491&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141386702014000500491&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Set. 2016

SILVA, Jacqueline Barbosa et al . Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 209-229, Mar. 2015 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000100209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100209&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 8 set. 2016.

SOUSA FILHO, Manoel Pereira de et al . Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 2, p. 139-145, June 2012 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200020&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 12 Set. 2016.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. **Pesquisa Convergente Assistencial**. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Moriá Editora. 3. ed. Porto Alegre. 2014.

TWEYA, Hannock et al. “Timing of Antiretroviral Therapy and Regimen for HIV-Infected Patients with Tuberculosis: The Effect of Revised HIV Guidelines, **BMC Public Health**., Malawi. v.14, Fev. 2014. Disponível em:



<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943509/>> Acesso em: 20 Set. 2016.

USDS- United States Department of State. Pefpar. FY 2015 COP budgets by mechanism and program área. FY 2015 Country Operational Plan Budget and Target Report. Washington DC, 2015. . Disponível em: <[www.PEPFAR.gov](http://www.PEPFAR.gov)> Acesso em: 9 Set. 2016.

WHO -WORLD HEALTH ORGANIZATION, Department of HIV/aids, Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021, Towards Ending aids, avenue Appia 1211 Geneva 27 Switzerland, 2016a. Disponível em : <<http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/en/>> Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, Un High-Level Meeting on ending AIDS, Ending TB Deaths Among People Living With HIV: Time for action, June 2016b. Disponível em : <[http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb\\_at\\_high\\_level\\_meeting\\_on\\_hiv\\_2016/en/](http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb_at_high_level_meeting_on_hiv_2016/en/)> Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, Tuberculosis, Fact sheet N°104 Reviewed March 2016c. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/#.V4aJFHtzrhc.email>> . Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 5 Infectious Diseases, health, 2015. Disponível em: <<https://www.scribd.com/doc/307341731/MDGs-SDGs2015-chapter5>> Acesso em: 13 Jul. 2016.

ZOHAR, Mor et al. HIV prevalence in the Israeli tuberculosis cohort, 1999–2011. **BMC Public Health**. Israeli, v.14, Out. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221682/>> Acesso em: 20 set 2014.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral proposto neste estudo foi de compreender os desafios dos profissionais de saúde, de um serviço de referência, durante a sua prática de cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV, na província de Huambo, em Angola. Contou com a participação tanto de profissionais de saúde do serviço como também das pessoas coinfectadas pelo HIV/TB.

Das pessoas com HIV/TB participantes do estudo, a maioria tem baixa renda e escolaridade. São adultos jovens, sendo a maioria na faixa etária de 20-35 anos, solteiros e do sexo feminino. Quanto ao diagnóstico e tratamento, os participantes adquiriram a infecção pelo HIV através de relações sexuais, exceto três deles que não souberam informar. O tempo de infecção variou entre 9 a 14 meses. O tempo de TARV variou de 4 a 36 meses, sendo que a maioria está há menos de 01 ano em tratamento. A maioria está com mais de 03 meses de tratamento para TB. Estas pessoas tomam uma média de 07 comprimidos por dia e muitas delas já interromperam o tratamento anterior por até 4 meses.

Os profissionais de saúde foram três enfermeiros, dois médicos, uma psicóloga e cinco técnicos de enfermagem. O tempo de trabalho variou de 3 a 17 anos. Exceto dois participantes, todos afirmam ter recebido algum tipo de capacitação para o cuidado de pessoas com HIV/TB.

Os resultados apontaram que os principais desafios identificados para as pessoas coinfectadas foram: suportar a quantidade e reações adversas dos medicamentos, tolerar as dificuldades no acesso ao tratamento e atendimento, vivenciar o estigma e a negação, resistir aos problemas socioeconómico, lidar com o medo e vergonha, e, mudar o modo e estilo de vida para realizar o tratamento.

Os desafios para os profissionais foram: buscar mecanismos que favoreçam o paciente a ter uma concepção positiva sobre as doenças, lidar com a não adesão e abandono do tratamento, ajudar os pacientes a lidar com os fatores que favorecem a não adesão e abandono do tratamento, elaborar ações que visam diminuir o impacto das doenças sobre os pacientes, e, ajudar o paciente a aderir e a continuar com o tratamento apesar das dificuldades.

Estes desafios também trouxeram a reflexão sobre estratégias a serem adotadas para a melhoria da adesão, como: buscar mecanismo que facilitem o acesso ao tratamento, ajudar os pacientes a conceber infecção HIV/TB numa perspectiva positiva, trabalhar com ênfase no aconselhamento das pessoas coinfectadas, dar atenção aos fatores

motivadores de adesão ao tratamento e adotar outros mecanismos de gestão para favorecer a adesão.

A escolha metodológica, pela pesquisa convergente assistencial, de abordagem qualitativa, possibilitou o alcance do objetivo proposto e favoreceu a melhoria na prática do serviço investigado. Mediante a inserção do pesquisador na prática assistencial, fazendo consultas de enfermagem, palestras e com a realização do grupo de convergência, conseguiu-se realizar algumas mudanças no local estudado, tais como: durante as consultas de enfermagem observou-se que os pacientes se sentiram mais a vontade para exporem as suas dúvidas e dificuldades frente ao tratamento; aos profissionais de saúde, o processo de pesquisa convergente assistencial propiciou que refletissem sobre as fraquezas e fortalezas ao prestar assistência, e também sobre as estratégias e possíveis soluções de resolver os problemas que enfrentam; durante a realização das palestras, passou-se a falar não só sobre a TB, mas também sobre o HIV e, diante da repercussão, propôs-se o aumento da frequência de realização das palestras; diante da complexidade e das múltiplas necessidades das pessoas coinfectadas pelo HIV/TB, surge a proposta de criação de um grupo de ação, que trabalhará no sentido de juntar os setores governamentais e não governamentais, para ajudarem a minimizar as dificuldades que os pacientes, os profissionais de saúde e os gestores enfrentam; Também foi proposta a elaboração de um plano de ação que vise o resgate de pessoas que abandonaram o tratamento,

Assim, através deste estudo foi possível identificar os principais desafios enfrentados pelos profissionais frente a adesão e ao abandono do tratamento, como: a concepção das pessoas sobre estas doenças, os fatores sócio-econômicos, problemas estruturais e de dimensionamento da equipe, dentre outros.

Ao discutir estes desafios, como a concepção negativa das pessoas sobre o viver com HIV/TB, percebe-se a preocupação dos profissionais, pois tem sido a causa da busca tardia pelos serviços de saúde, da não adesão ao tratamento e consequente agravamento das doenças.

A clareza sobre o significado do abandono do tratamento e suas repercussões, que possibilita propagação das doenças, o desenvolvimento da TB multidroga resistente e o agravamento da coinfeção é outro desafio para os profissionais, principalmente diante da evidência de que inexistem ações que visam o resgate de indivíduos que desistem do tratamento.

Identifica-se no estudo que outro desafio é superar os principais fatores de riscos que conduzem ao abandono/não adesão do tratamento como a melhora dos sintomas das doenças, o sentimento de culpa, a

negligência, a dificuldade de diálogo com profissionais, as dificuldades sócio-econômicas (como falta de emprego, a inexistência de transporte para buscar os medicamentos, ficar sem alimentação e dinheiro), os obstáculos no acesso ao atendimento, as dificuldades e efeitos dos medicamentos e os aspectos comportamentais como os vícios em álcool e drogas destes pacientes.

Compreender os indivíduos coinfectados pelo HIV/TB, que enfrentam de diversos modos o estigma social e a discriminação na sua vivência, devido a difamação, o preconceito que enfrentam cotidianamente, a exclusão por amigos e familiares também é desafiante.

A coinfecção HIV/TB tem tido impacto negativo na vida das pessoas, mudando o seu modo e estilo de vida, e mesmo seus planos de vida. Vivem envergonhados, amedrontados devido ao risco de morte das doenças e cogitam o suicídio, exigindo dos profissionais de saúde trabalhar o resgate do sentido da vida dessas pessoas.

Frente a todas estas questões, os profissionais e os gestores de saúde têm trabalhado estratégias no sentido de enfrentá-las, no sentido de favorecer o acesso e disponibilizar recursos para o diagnóstico das doenças nos serviços de atenção especializados e não especializados, possibilitando a descoberta das doenças assim como a adesão ao tratamento de forma precoce. O acompanhamento dos indivíduos é feito pelo serviço de atenção especializada, mas o tratamento está descentralizado, para favorecer a adesão e continuidade ao tratamento.

Percebe-se que os profissionais de saúde têm se esforçado para dar bom atendimento, estimulando os pacientes a aderirem e a continuarem com o tratamento, apesar das dificuldades. O acesso ao tratamento tem influenciado positivamente na adesão ao tratamento, mas não existe um trabalho sistemático de prevenção da coinfecção HIV/TB.

Conceber o tratamento da coinfecção HIV/TB de forma positiva permite a pessoa aceitar as doenças, aumentando o seu desejo de viver e lutar pela vida. Passa a ver o tratamento como meio para se manter vivo, o que influencia positivamente na adesão e continuidade da terapêutica, no seguimento das orientações dos profissionais de saúde e na melhoria da sua saúde.

Os profissionais de saúde, gestores e pessoas coinfectadas enfrentam vários obstáculos, mas devido a vontade de fazer frente às dificuldades, conseguem ultrapassar os aspectos negativos e lutam pela vida. Tem sido um desafio para os profissionais de saúde incutir na pessoa afetada a vontade de enfrentar as dificuldades e fazer o tratamento para melhorar a sua saúde e não morrer precocemente.

O aconselhamento tem sido usado para promover a adesão e continuidade ao tratamento, possibilitando envolver a família das pessoas coinfectadas pelo HIV/TB no processo do tratamento. Reconhece-se que algumas pessoas estão mal informadas sobre o tratamento, enquanto que outras têm alguma informação, que recebem da mídia e dos profissionais de saúde.

Outra estratégia é trabalhar os fatores motivadores como o apoio familiar, o medo de morrer, a vontade de viver e sustentar a família, que influenciam positivamente na maneira de encarar as dificuldades e favorecem a adesão ao tratamento. Assim, evitam a propagação e agravamento das doenças.

As estratégias de gestão tem objetivado aumentar a qualidade de vida das pessoas com infecção HIV/TB. A oferta de tratamento gratuito, o atendimento sem discriminação, e a preocupação de suprir as necessidades básicas, como de alimentação, são algumas destas estratégias para possibilitar a continuidade do tratamento. Têm persuadido as pessoas a aderirem e a continuar com o tratamento, não obstante as dificuldades estruturais.

Os profissionais de saúde têm prestado cuidados aos coinfectados pelo HIV/TB com zelo e responsabilidade. O respeito mútuo tem facilitado o trabalho dos profissionais de saúde, refletindo-se no bom atendimento.

Portanto, os profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas coinfectadas pelo HIV/TB têm enfrentado diversos desafios e adotam algumas estratégias para fazer frente a estas dificuldades. Neste sentido os achados do estudo oferecem subsídios para a construção de uma proposta ou plano de ação, que vise diminuir o abandono dos tratamentos TB e resgatar pessoas que desistiram do tratamento.

Os resultados aqui apresentados poderão contribuir com os profissionais de saúde, em especial de enfermagem, com subsídios para discussão destes desafios e estratégias possíveis de enfrentamento do abandono de tratamento e, também em melhores práticas no cuidado às pessoas coinfectadas pelo HIV/TB, visando o não abandono destes tratamentos, considerando que, como foi demonstrado, a adesão sempre é multifatorial.

Existe a necessidade de realizar o estudo em outras regiões, visto que o estudo limita-se a realidade do local estudado. A metodologia escolhida possibilitou trazer um novo olhar sobre a prática assistencial, promovendo mudanças a curto, médio e longo prazo no contexto estudado, com contribuições para as práticas de cuidado e

também possíveis contribuições para elaboração de políticas de saúde sobre o tema.





## REFERENCIAS

AGBOR, Ako A. et al. “Factors Associated with Death during Tuberculosis Treatment of Patients Co-Infected with HIV at the Yaoundé Central Hospital. An 8-Year Hospital-Based Retrospective Cohort Study (2006–2013).” Ed. Antonio Guilherme Pacheco. **PLoS ONE**. Cameroon, v.9(12), Dez. 2014 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266669/>> acesso em: 20 Set. 2016.

ALBUQUERQUE, Maria de Fátima Pessoa Militão et al. “Empirical Treatment for TB in HIV: Lessons from a Cohort Study of People Living with HIV Treated.” **BMC Public Health**, Recife, Brazil, v.14, Mar 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4020612/>> acesso em: 12 Sept. 2016

ALVES, Rayanne Santos et al . Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 3, p. 650-657, Set. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1 Out. 2016.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Instituto nacional de luta contra a sida. **Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA**, Angola, 2014.

ANGOLA. Ministério da Saúde. **Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas**, Mar. 2012.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Luta Contra a Sida. **protocolo para avaliação e seguimento de enfermagem aos pacientes vih+** . Programa ptv/sida, draft – 3ª edição Luanda, 2014 .

ANGOLA. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS)**. Mais e Melhor Saúde. V. 2. Ago. 2015a.

ANGOLA. Rede Angola. Sociedade.Três **em cada 100 habitantes do Huambo vive com VIH/sida.Todos os anos aumenta o número de**

**infectados na província do Huambo.** Red. Sociedade, Angola. Ago 2015b. Disponível em: <<http://www.redeangola.info/tres-em-cada-100-habitantes-do-huambo-vive-com-vihsida/>>. Acesso em: 25 Ago. 2015

ANGOLA. Angop. Agencia Angola press. **Duzentos mil casos de tuberculose foram registados durante o ano de 2014 a nível do país.** Angola. Fev. 2015c. Disponível em: <[http://www.angop.ao/angola/pt\\_pt/noticias/saude/2015/2/13/Angola-Duzentos-mil-casos-tuberculose-registado-Angola,2ca6e26c-f26e-4544-8cf0-4acb2c0a5663.html](http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2015/2/13/Angola-Duzentos-mil-casos-tuberculose-registado-Angola,2ca6e26c-f26e-4544-8cf0-4acb2c0a5663.html)> Acesso em: 22 de Agosto de 2016.

ANGOLA. Angop. Agencia Angola press. **Diagnosticados 201 casos de tuberculose em menos de três meses,** 2015d. Disponível em: <[http://m.portalangop.co.ao/angola/pt\\_pt/noticias/saude/2015/2/13/Huambo-Diagnosticados-201-casos-tuberculose-menos-tres-meses,e4c4c860-7dd0-403e-bab1-0881fc19db09.html](http://m.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2015/2/13/Huambo-Diagnosticados-201-casos-tuberculose-menos-tres-meses,e4c4c860-7dd0-403e-bab1-0881fc19db09.html)> Acesso em: 22 de Agosto de 2016.

ANGOLA. Angop. Agencia Angola Press. **Angola: País tem mais de 25 milhões de habitantes Luanda - A população angolana é constituída actualmente por 25 milhões 789 mil 024 habitantes, seis milhões 945 mil e 386 dos quais vivem na capital do país,** Luanda, Mar 2016. Disponível em: <[http://www.angop.ao/angola/pt\\_pt/noticias/sociedade/2016/2/12/Angola-Pais-tem-mais-milhoes-habitantes,9186a322-19ec-465e-9e8c-9cfb5cd2117f.html](http://www.angop.ao/angola/pt_pt/noticias/sociedade/2016/2/12/Angola-Pais-tem-mais-milhoes-habitantes,9186a322-19ec-465e-9e8c-9cfb5cd2117f.html)> Acesso em: 9 Set. 2016.

BALCHA, Taye T. et al. Outcome of tuberculosis treatment in HIV-positive adults diagnosed through active versus passive case-finding. **Global Health Action**, Ethiopia, v. 8, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/27048>>. Acessado em: 19 Set. 2016.

BARRETO, Anne Jaquelyne Roque et al . Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 6, p. 847-853, Dez. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)

BRASÍL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos.**

Disponível em:

<protocolo\_finalfileCUsersLuísDownloadsprotocolo\_final\_31\_7\_2015\_pdf\_30707.pdf> Acesso em: 25 Ago.

201571672013000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Maio. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sessão Solene Dia Mundial de Combate à Tuberculose, Juntos pelo fim da tuberculose**, 2015.

Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015marco23final-tb.pdf>.

Acesso em: 10 de Abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS / Ministério da Saúde**. Secretaria-Executiva – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose. **Recomendações para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ceará 2010.

Disponível em:

<www.sausedireta.com.br...1343873522protocolo> . Acesso em: 24 Maio. 2015.

CHIRINOS, Narda Estela Calsin; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul. 2011.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3ª edição. Porto Alegre: Penso, 2014. CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e Misto**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUARTE, Rosália. **Entrevistas em pesquisas qualitativas**. Interviews in qualitative research. Editora UFPR, Curitiba. 2004

HINO, Paula et al . Coinfeção de TB/HIV em um distrito administrativo do município de São Paulo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 5, p. 755-761, 2012.

Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000500017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Set. 2016.

KLOPPER, Marisa et al. “Emergence and Spread of Extensively and Totally Drug-Resistant Tuberculosis. *Emerging Infectious Diseases*, South Africa, v. 19, Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647643/>> Acesso em: 12 Set. 2016.

LEMOS, Larissa de Araújo et al . Aspectos da qualidade de vida de pacientes com coinfeção HIV/tuberculose. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 25, n. spe1, p. 41-47, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000800007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Set. 2016.

MARQUES, Marli et al . Magnitude da tuberculose pulmonar na população fronteiriça de Mato Grosso do Sul (Brasil), Paraguai e Bolívia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 30, n. 12, Dez. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001302631&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001302631&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Abr. 2015.

MATTEVI, V S et al, **Investigação farmacogenômica dos principais efeitos adversos da terapia antirretroviral combinada em pacientes infectados pelo HIV**. Resumos do 56º Congresso Brasileiro de Genética, Guarujá • SP • Brasil. 2010; Disponível em: <[www.sbg.org.br](http://www.sbg.org.br) - ISBN 978-85-89109-06-2>. Acesso em: 26 maio 2015.

NADDOO, Pamela et al. Predictors of tuberculosis (TB) and antiretroviral (ARV) medication non-adherence in public primary care patients in South Africa: a cross sectional study. *BMC Public Health*. South Africa, v.13, Abr. 2013. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23622516> Acesso em: 20 set 2016.

NEVES, Lis Aparecida de Souza et al . Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 704-710, Jun. 2012 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Set. 2016.

OMS- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe Mundial sobre la tuberculosis**, Organización Mundial de la salud.

2014. Disponível em:

<[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr14\\_execsummary\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_es.pdf)> Acesso em: 9 Abr. 2015.

QUEIROZ, Elisângela Martins de et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 369-377, apr. 2012. ISSN 1518-8345. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48517/52418>>. Acesso em: 29 set. 2016.

RODRIGUES, Ivaneide Leal Ataíde et al . Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 383-387, Jun 2010 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Set. 2016.

SA, Lenilde Duarte de et al . Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 356-363, Abr. 2012 .

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Maio 2015.

SARACENI, Valeria et al . Survival of HIV patients with tuberculosis started on simultaneous or deferred HAART in the Rio cohort,. **Braz J Infect Dis**, Salvador, Rio de Janeiro, Brazil. v. 18, n. 5, p. 491-495, Out. 2014 . Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141386702014000500491&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141386702014000500491&lng=en&nrm=iso)>.Acesso em: 19 Set. 2016

SILVA, Adriana Rodrigues da; SOUSA, Ana Ines; SANT'ANNA, Clemax Couto. Barreiras no tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTb) na criança: um estudo de caso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, p. 386-391, Set.. 2014 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000300386&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300386&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Maio. 2015.

SILVA, Eveline de Almeida; ANJOS, Ulisses Umbelino dos; NOGUEIRA, Jordana de Almeida. Modelo preditivo ao abandono do tratamento da tuberculose. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 101, p. 200-209, June 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000200200&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200200&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Maio. 2015.

SILVA, Jacqueline Barbosa et al. Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 25, nº 1, pp. 209-229. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S010373312015000100012>> Acesso em: 25 set. 2016.

SILVA, Pollyanna da Fonseca; MOURA, Germano Silva; CALDAS, Arlene de Jesus Mendes. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 8, Ago. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000901745&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901745&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Abr. 2015.

SOUZA, Christiane Moreira. **Sobrevida de portadores da coinfeção HIV/Tb em goiás: um estudo de coorte**. Sistema de Biblioteca UFG, Goiania, 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700027>>. Acesso em: 24 Maio 2015.

SOUSA FILHO, Manoel Pereira de et al . Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 2, p. 139-145, Jun 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200020&lng=en&nrm=iso)> acesso em: 12 Set. 2016.

SOUZA, Sabrina da Silva de; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; MEIRELLES, Betina Hömer Schlindwein. Representações sociais sobre a tuberculose. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 23-

28, 2010 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

SPINASSI, Andréa Regina da Silva Souza, et al. Complicações associadas ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar na cidade de Santos. IX Mostra de Trabalhos acadêmicos, III Jornada de Iniciação Científica Santos. São Paulo. Out. 2015. Disponível em: <<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/617/u2016v13n30e617>> Acesso em: 1 Set. 2016.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro V. **Pesquisa Convergente Assistencial**. Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Moriá Editora. 3. ed. Porto Alegre. 2014.

TWEYA, Hannock et al. “Timing of Antiretroviral Therapy and Regimen for HIV-Infected Patients with Tuberculosis: The Effect of Revised HIV Guidelines, **BMC Public Health**, Malawi. V. 14, Fev 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3943509/>> Acesso em: 20 Set. 2016.

UA - UNIÃO AFRICANA, Grupo de Trabalho do Comité Técnico Especializado de Saúde. Reunião de Peritos 25 a 26 de Abril de 2016. Reunião dos Ministros da Saúde. **População e Controlo das Drogas**. Adis Abeba , Genebra, 21 de Maio de 2016.

UNICEF. **Promovendo a Utilização Racional de Medicamentos e a Administração Correta de Casos nos Serviços Básicos de Saúde**. Publicação do Fundo das Nações Unidas para a Infância em cooperação com a Organização Mundial da Saúde e o UNAIDS. Disponível em: <[www.unicef.org/prescriber/port\\_p16.pdf](http://www.unicef.org/prescriber/port_p16.pdf)>. Acesso em: 27 Maio. 2015.

UCAN. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE ANGOLA. Centro de Estudo e Investigação Científica. **Relatório Social de Angola**. 2013. Disponível em: <[https://www.google.com.br/?gws\\_rd=ssl#q=relat%C3%B3rio+social+de+angola+2014](https://www.google.com.br/?gws_rd=ssl#q=relat%C3%B3rio+social+de+angola+2014)> Acesso em: 13 de Out. 2015.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.  
**Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** 4. ed.  
 Florianópolis 2005.

USAID. Pappas. Aids free. **Summary table of hiv treatment regimens.**  
 The Strengthening High Impact Interventions for an AIDS-free  
 Generation (AIDSFree) Project is a five-year cooperative agreement  
 funded by the U.S. Agency for International. 2016.

USDS- UNITED STATES DEPARTMENT OF STATE. Pappas. **FY  
 2015 COP budgets by mechanism and program area.** FY 2015  
 Country Operational Plan Budget and Target Report. Washington DC,  
 2015. Disponível em: <[www.PEPFAR.gov](http://www.PEPFAR.gov)> Acesso em: 9 Set. 2016.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al . Políticas públicas de saúde face à  
 epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras.  
 enferm.,** Brasília , v. 66, n. 2, p. 271-277, Abr. 2013 . Disponível  
 em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 abr. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to Long-Term  
 Therapies:** Evidence for Action, 2003. Disponível em:  
 <[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_introduction.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2016.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis  
 report 2013,** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2013.  
 Disponível em :  
 <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf)>  
 Acesso em: 29 Abr. 2015.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis,** Fact  
 sheet N°104  
 Reviewed March 2016a. Disponível em:  
 <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/#.V4aJFHzrhc.e>  
 mail> Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health  
 Statistics,** Monitoring health for the sdgs sustainable development  
 goals, 2016b. Disponível em : <  
<http://www.longwoods.com/blog/world-health-statistics-monitoring->



health-for-the-sustainable-development-goals-sdgs/> Acesso em: 13 jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **5 Infectious Diseases**, health, 2015. Disponível em: <<https://www.scribd.com/doc/307341731/MDGs-SDGs2015-chapter5>> Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Department of HIV/aids, Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021**, Towards Ending aids, avenue Appia 1211 Geneva 27 Switzerland, 2016c. Disponível em : <<http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/en/>> Acesso em: 13 Julh. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Un High-Level Meeting on ending AIDS, Ending TB Deaths Among People Living With HIV: Time for action**, June 2016d. Disponível em : <[http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb\\_at\\_high\\_level\\_meeting\\_on\\_hiv\\_2016/en](http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb_at_high_level_meeting_on_hiv_2016/en)> Acesso em: 13 de Julh 2016.

WHO -WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Department of HIV/aids, Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021**, Towards Ending aids, avenue Appia 1211 Geneva 27 Switzerland, 2016a. Disponível em : <<http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/en/>> Acesso em: 13 Julh 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Un High-Level Meeting on ending AIDS, Ending TB Deaths Among People Living With HIV: Time for action**, June 2016b. Disponível em : <[http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb\\_at\\_high\\_level\\_meeting\\_on\\_hiv\\_2016/en](http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb_at_high_level_meeting_on_hiv_2016/en)> Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis**, Fact sheet N°104 Reviewed March 2016c. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/#.V4aJFHtzrhc.email>> Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **5 Infectious Diseases**, health, 2015. Disponível em: <

<https://www.scribd.com/doc/307341731/MDGs-SDGs2015-chapter5>>  
Acesso em: 13 Jul.2016.

WHO - World Health Organization. **The use of loop-mediated isothermal amplification (TB-LAMP) for the diagnosis of pulmonary tuberculosis, Policy guidance**, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, 2016a. Disponível em :  
<<http://www.who.int/tb/publications/lamp-diagnosis-molecular/en/>>  
Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **In collaboration with United Nations Children's fund (UNICEF) and Emergency Nutrition Network (ENN). Implementation considerations on Human Immunodeficiency Virus (HIV) and infant feeding in the context of emergencies** ,  
Geneva, Switzerland September, 2016b. Disponível em :  
<[http://www.who.int/nutrition/events/2016\\_meeting\\_hiv\\_infantfeeding\\_emergencies\\_14to16sept/en/](http://www.who.int/nutrition/events/2016_meeting_hiv_infantfeeding_emergencies_14to16sept/en/)> Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Department of HIV/aids, Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021, Towards Ending aids**, avenue Appia 1211 Geneva 27 Switzerland, 2016c. Disponível em : <<http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/en/>> Acesso em: 13 Jul. 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Un High-Level Meeting on ending AIDS, Ending TB Deaths Among People Living With HIV: Time for action**, June 2016d. Disponível em:

<[http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb\\_at\\_high\\_level\\_meeting\\_on\\_hiv\\_2016/en](http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tb_at_high_level_meeting_on_hiv_2016/en)> Acesso em: 13 Jul. 2016.

ZOHAR, Mor et al. HIV prevalence in the Israeli tuberculosis cohort, 1999–2011. **BMC Public Health**. Israeli, v.14, Out. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221682/>>  
Acesso em: 20 set 2014.

## APÊNDICE

## Apêndice 1



Universidade Federal de Santa Catarina  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Departamento de Enfermagem  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**“Desafios dos profissionais de saúde na sua prática do cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV”**

**Roteiro de entrevista (pessoa com TB/HIV)**

<b>Nome</b> (iniciais): _____	Área de codificação
<b>Código de Identificação:</b> _____	Id _____
<b>1) Local:</b> ( ) Serviço de Assistência Especializada; ( ) Domicílio	local _____
<b>2) Qual sua raça?</b> (1) branca; (2) negra	raça _____
<b>3) Você exerce algum trabalho remunerado?</b> (0) Não; (1) Sim;	trab _____
<b>4) Que trabalho?</b> _____ (99)IGN (88)NA	q_trab _____
<b>5) Qual sua renda?</b> (1) 0-2 salário mínimo; (2) 2-5 salário mínimo; (3) 5-7 salário mínimo; (4) 7-10 salário mínimo; (5) mais que 10 salário mínimo; (6) outra	renda _____
<b>6) Se outra, qual?</b> _____ (99)IGN (88)NA	out_renda _____ —

<b>7) Em que cidade você reside?</b> (1)Huambo; (2) Calima; (3) Chipipa; (4)outra <b>8) Se outra,</b> <b>qual?</b> _____ (88)NA	resid_____ _ cidade_____ _____
<b>9) Quantos anos você tem?</b> _____ anos	idade_____ _
<b>10) Qual o seu sexo?</b> (1)Homem; (2)Mulher; (3)Transexual; (4)Outro.	gênero_____ _
<b>11) Qual sua situação conjugal?</b> (1) Solteiro; (2) Casado; (3) União consensual; (4) Separado; (5) Divorciado; (6) Viúvo.	est_civil_____ _
<b>12) Qual sua escolaridade?</b> (0) Nunca estudou; (4) Licenciatura; (1) Ensino primário (2) Ensino básico ; (3) Ensino Médio; (5) Pós-graduação. <b>13) Se fez/faz graduação,</b> <b>qual?</b> _____ <hr/> (88)NA	escolar_____ _ grad_____ _____
<b>14) Como você adquiriu o HIV?</b> (1) Relação Sexual; (2) Uso de Drogas Injetáveis; (3)Transfusão de Hemoderivados; (4) Transmissão Vertical; (5) Não sabe.	adq_HIV_____ _
<b>15) Há quantos meses você tem HIV?</b> (em meses):_____	temp_HIV_____ _
<b>16) Carga viral plasmática(em cópia/ml).</b> (1) < 50 (indetectável); (2) 51-400; (3) 401-30.000; (4) >30.000; (5) Sem registro no prontuário.	carg_vir_____ _
<b>17) Contagem das células CD4+(em mm<sup>3</sup>).</b> <b>Consulta em prontuário</b> (1) <200mm <sup>3</sup> ; (2) > 200mm <sup>3</sup> (3) Sem registro no prontuário.	CD4_____
<b>18)Você tem outras doenças ou doenças oportunistas?</b>	Outr_doenca_____

(0)Não; (1)Sim;		
<b>19) Se sim: Quais destas doenças você apresenta ou apresentou?</b> (Se a resposta anterior for <b>NÃO</b> , preencher NA e pular para a 21)		
Candidíase	(0)Não; (1)Sim; (88)NA; (99)IGN	Candidíase_____
Pneumonia (por Pneumocystis jiroveci)	(0)Não; (1)Sim; (88)NA; (99)IGN	Pneumonia_____
Tuberculose	(0)Não; (1)Sim; (88)NA; (99)IGN	Tuberculose_____
Toxoplasmose	(0)Não; (1)Sim; (88)NA; (99)IGN	Toxopl_____
Sarcoma de Kaposi	(0)Não; (1)Sim; (88)NA; (99)IGN	Sarcom_____
Herpes Zoster	(0)Não; (1)Sim; (88)NA; (99)IGN	Herpes_____
Outras doenças	(0)Não; (1)Sim; (88)NA; (99)IGN	outr_doen_____
<b>20) se outra doença, qual?</b> _____		
<b>21) Há quanto tempo faz uso da terapia antirretroviral? (em meses)</b> <b>21) Há quanto tempo faz uso da terapia para tuberculose? (em meses)</b>		Tempo_TARV____ ____ Tempo_T Tb_____
<b>22) Qual a quantidade de comprimidos tomados ao dia? (em números?)</b> _____		N_conp_____ _
<b>23) Qual a frequência com que os comprimidos são tomados? ( em horas)</b> _____		Horas_____

<b>24)Qual terapêutica é utilizada (medicamentos de acordo com a classe de ARV)</b>		Sem_reg_ARV____ ____ Pct_n_ARV_____ ____ Inib_tr_A_NC_____ ____ Inib_tr_N_NC_____ ____ Inib_prot_____ ____ Inib_fus_____ ____ Inib_integ_____ ____ Out_ARV_____ ____
(0) Sem registro no prontuário;	(4) Inibidores de protease;	
(1) Paciente não sabe informar;	(5) Inibidores de fusão	
(2) Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos;	(6) Inibidores da Integrase.	
(3) Inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos;	(7)outros Nome do medicamento?	
<b>25) Sabe o nome de seus medicamentos e quando tem que tomar? (0) Não (1) Sim</b>		
<b>Há quanto tempo o (a) senhor (a) está realizando tratamento da tuberculose?</b> ____ ____ anos. <i>APÓS A ENTREVISTA CALCULAR EM MESES</i> _____ (888) NSA (999) IGN		
<b>26) Deixou de tomar medicamento para a tuberculose algum dia sem falar para o profissional de saúde? (0) Não (1) Sim</b>		
<b>27) Toma seus medicamentos mesmo quando se sente melhor? (0) Não (1) Sim</b>		

<b>28) Em quais serviços você procura atendimento para a TARV e para Infecção pela TB</b>		SAE _____ _ Unid_Adulta _____ _ Unid_ped.a _____ _ Outr_serviço _____ _
Serviço de Assistência Especializada	(0)Não; (1)Sim; (99)IGN	
Unidade de Internação Adulta	(0)Não; (1)Sim; (99)IGN	
Unidade de Internação Pediátrica	(0)Não; (1)Sim; (99)IGN	
Outro serviço	(0)Não; (1)Sim; (99)IGN	
<b>29) Você faz uso de álcool? Quantas vezes por semana?</b>		Cerveja _____ _ Vinho _____ _ Licores _____ _ Cachaça _____ _ Vodka _____ _ Whiskey _____ _ Out_bebida _____ _
Cerveja	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Vinho	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Licores	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Cachaça	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Vodka	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Whiskey	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Outra	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
<b>30) Você faz uso de drogas ilícitas? Quantas vezes por semana?</b>		Maconha _____ _ Cocaína _____ _ Crack _____ _ Extase _____ _ Out_drog _____ _
Maconha	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Cocaína	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Crack	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Extase	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
Outra	(0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	
<b>31) Qual sua orientação sexual?</b> (1) Heterossexual, (2) Homossexual,		Orient_sex _____



(3)Bissexual, (4)Transexual; (5)Outro	—
<b>32) Você mantém relações sexuais regularmente? Quantas vezes por semana?</b> (0)Não; (1x) (2x) (3x) (4x) (5 ou +)	Relac_sex_____
<b>33) Faz uso de preservativos nas relações sexuais?</b> (0)Não; (1)Sim;	Preserv_____
<b>34) Qual o intervalo em meses de suas consultas?</b> Com o infectologista _____ Com o enfermeiro ? _____	Inter_cons_Med_____ Inter_cons_Enf_____ _____
<b>35) Acha que o profissional de saúde compreende os seus sentimentos ou crenças a cerca de sua doença e seu tratamento?</b> (0) Não (1) Sim	
<b>36) Tem problemas com o transporte que o impeça de ir a consultas e exames?</b> (0) Não (1) Sim	
<b>37) Você já interrompeu seu tratamento?</b> (0)Não; (1)Sim; (99)IGN	Interrp_trat._____ —
<b>38) Qual foi o tempo de interrupção do tratamento? (em meses)</b>	Tem_interupcao_____ —

### Questões Abertas

- 1-Como você descobriu sua tuberculose? e a infecção pelo HIV?
- 2-Como é viver com estas duas doenças?
- 3- Quais são as mudanças que ocorreram na tua vida após a tuberculose? E e HIV?
- 4- Como é fazer o tratamento do HIV e da tuberculose ao mesmo tempo?

5- Fale das dificuldades que tens tido com relação ao seguimento do tratamento do HIV e da TB?

6 - Em que medida você tem oportunidades/liberdade para expressar as suas necessidades de cuidado para a co infecção pelo HIV/TB no serviço de saúde?

7- O que gostarias que fosse feito para favorecer o seu tratamento?

## Apêndice 2



Universidade Federal de Santa Catarina  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Departamento de Enfermagem  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**“Desafios dos profissionais de saúde na sua prática do  
 cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas  
 que vivem com HIV”**

**Roteiro de entrevista (profissionais)**

**I - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_

CÓDIGO \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Idade (anos) \_\_\_\_\_

**Estado civil:** 1) solteiro 2) casado 3) união consensual  
 4) separado 5) divorciado 6) viúvo

**Escolaridade:**

(0) Nunca estudou; (4) Licenciatura;  
 Qual? \_\_\_\_\_

(1) Ensino primário

(2) Ensino básico ;

(3) Ensino Médio;

(5) Pós-graduação.

Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de serviço (em anos) \_\_\_\_\_

Função/cargo exercido: \_\_\_\_\_

Realizou algum tipo de curso ou treinamento sobre cuidado em  
 HIV/TB:

1) ( ) Sim Qual?:

2) ( ) Não

**II QUESTÕES ABERTAS**

- 1- Como tem sido prestar assistência a pessoas coinfectadas pela TB/HIV?
- 2- Quais os principais desafios que enfrenta no decurso do teu trabalho?
- 3- Como buscas superar estes desafios?
- 3- Na sua percepção como é a adesão dos pacientes ao tratamento?
- 5- Que mecanismos você utiliza para favorecer a adesão e continuidade das pessoas com TB/HIV ao tratamento?

## Apêndice 3



Universidade Federal de Santa Catarina  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Departamento de Enfermagem  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### PROJETO DE PESQUISA:

**“Desafios dos profissionais de saúde na sua prática do cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV”**

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. Observar como presta-se assistência a pessoas coinfectadas TB/HIV;
2. Observar como se entrega os fármacos;
3. Observar como se dá orientações aos usuários.
4. Observar os mecanismos que usam para superar as dificuldades inerentes a adesão ao tratamento

Registro- Diário de Campo

Dia	Horário	Observação n	Notas


#### Apêndice 4



Universidade Federal de Santa Catarina  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Departamento de Enfermagem  
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Pessoas com TB/HIV)**

Meu nome é Silvano da Silva Cameia, orientado pela Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles, professora e pesquisadora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e estou desenvolvendo, junto aos grupos de pesquisa que atuo – NUCRON, a pesquisa: “Desafios dos Profissionais de Saúde na sua Prática do Cuidado Frente a Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Pessoas que Vivem com HIV”.

Esse estudo tem como objetivo Compreender os desafios dos profissionais de saúde de um serviço de referência na sua prática de cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV na província do Huambo- Angola.

Esta pesquisa pode auxiliar na melhoria da qualidade da assistência ambulatorial prestada a estas pessoas, bem como possíveis fatores associados com a não adesão do paciente ao tratamento da infecção pelo HIV e tuberculose.

Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração voluntária por meio do preenchimento de um questionário sobre a temática e autorização do uso de dados de seu prontuário sobre temas como o tempo de infecção pelo HIV e tuberculose; medicações utilizadas, número de linfócitos T-CD4+ e carga viral plasmática, como também a resposta a algumas perguntas abertas, através de entrevista que será gravada em áudio. Ressaltamos que não haverá prejuízo algum ao seu cuidado na instituição caso você não queira participar da pesquisa ou desista de participar após seu início.

Salientamos que ao responder os questionamento citados acima você poderá sentir-se cansado(a) ao responder as indagações bem como ficar aborrecido (a) por vir a tona aspetos desagradáveis ao relembrar a sua experiência em viver com o HIV. E tuberculose, com desconforto, constrangimentos durante as gravações de áudio nas entrevistas, que assim serão interrompidas. Por isso, consideramos que a pesquisa poderá trazer desconfortos de ordem psicológica durante a realização da coleta de dados e será de responsabilidade dos pesquisadores desse estudo o encaminhamento e assistência a possíveis demandas decorrentes da sua participação na pesquisa.

Em relação a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade da sua participação durante todas as fases da pesquisa informamos que os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. No entanto, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional ou outros riscos, cujas consequências ou danos terão garantia de ressarcimento e indenização decorrente desta pesquisa nos termos da lei.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Ainda, destacamos que este documento foi elaborado em duas vias e, por isso, como participante dessa pesquisa você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual será rubricado e assinado por você e o responsável por esta pesquisa. Por isso, guarde cuidadosamente a sua via, pois se trata de um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante dessa pesquisa. Ademais, apontamos que você não terá despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido após comprovação, nos termos da lei.

Diante de eventuais danos que possam ocorrer durante essa pesquisa, ou seja, caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, a qualquer momento de seu desenvolvimento, ou quiser desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo, através dos telefones 922908436, (48) 3721.3456, com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: 3721.9206 (CEP) ou por endereço eletrônico: betina.hsm@ufsc.br, sem que haja obrigação de esclarecimentos ou prejuízo ao seu atendimento. Se você estiver de acordo em participar, garanto que as informações fornecidas serão confidenciais, mantidas em anonimato e serão utilizadas em publicações dos resultados em livro, periódicos ou divulgação em eventos científicos, com finalidades acadêmicas.

Dessa forma, destacamos que a pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução n.466/12 de 12/06/2012 e suas complementares que tratam dos preceitos éticos e da proteção os participantes da pesquisa.

---

Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
Pesquisadora

## CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, ....., fui esclarecido (a) sobre a pesquisa : “Desafios dos Profissionais de Saúde na sua Prática do Cuidado Frente a Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Pessoas que Vivem com HIV” e concordo que meus dados sejam utilizados em sua realização.

Huambo , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

Assinatura \_\_\_\_\_ B.I:

---



## Apêndice 5



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Profissionais de Saúde)**

Meu nome é Silvano da Silva Cameia, orientado pela Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles, professora e pesquisadora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e estou desenvolvendo, junto aos grupos de pesquisa que atuo – NUCRON, a pesquisa: “Desafios dos Profissionais de Saúde na sua Prática do Cuidado Frente a Adesão ao Tratamento da Tuberculose em Pessoas que Vivem com HIV”.

Esse estudo tem como objetivo Compreender os desafios dos profissionais de saúde de um serviço de referência na sua prática de cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV na província do Huambo- Angola. Esta pesquisa pode auxiliar na melhoria da qualidade da assistência ambulatorial prestada a estas pessoas, bem como possíveis fatores associados com a não adesão do paciente ao tratamento da infecção pelo HIV e tuberculose.

Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração voluntária através das respostas a uma entrevista que .

Salientamos que ao responder os questionamento citados acima você poderá sentir-se cansado(a) ao responder as indagações bem como ficar aborrecido (a) por vir a tona aspectos desagradáveis a sua prática de cuidado dom pessoas com HIV e tuberculose, com desconforto, constrangimentos durante as gravações de áudio, estas serão interrompidas. Por isso, consideramos que a pesquisa poderá trazer desconfortos de ordem psicológica durante a realização da coleta de dados e será de responsabilidade dos pesquisadores desse estudo o

encaminhamento e assistência a possíveis demandas decorrentes da sua participação na pesquisa.

Em relação a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade da sua participação durante todas as fases da pesquisa informamos que os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. No entanto, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional ou outros riscos, cujas consequências ou danos terão garantia de ressarcimento e indenização decorrente desta pesquisa nos termos da lei.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Ainda, destacamos que este documento foi elaborado em duas vias e, por isso, como participante dessa pesquisa você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual será rubricado e assinado por você e o responsável por esta pesquisa. Por isso, guarde cuidadosamente a sua via, pois se trata de um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante dessa pesquisa. Ademais, apontamos que você não terá despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido após comprovação, nos termos da lei.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, a qualquer momento de seu desenvolvimento, ou quiser desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo, através dos telefones 922908436, (48) 3721.3456, com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: 3721.9206 (CEP) ou por endereço eletrônico: betina.hsm@ufsc.br, sem que haja obrigação de esclarecimentos ou prejuízo. Se você estiver de acordo em participar, garanto que as informações fornecidas serão confidenciais, mantidas em anonimato e serão utilizadas em publicações dos resultados em livro, periódicos ou divulgação em eventos científicos, com finalidades acadêmicas.

Dessa forma, destacamos que os pesquisadores, que assinam esse documento, comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução n.466/12 de 12/06/2012 e suas complementares que tratam dos preceitos éticos e da proteção os participantes da pesquisa.

---

Dra. Betina Hörner Schlindwein Meirelles  
Pesquisadora/orientadora

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Eu, ....., fui esclarecido  
(a) sobre a pesquisa : “Desafios dos Profissionais de Saúde na sua  
Prática do Cuidado Frente a Adesão ao Tratamento da Tuberculose em  
Pessoas que Vivem com HIV”. ,com seus respectivos objetivos e  
método, e concordo que meus dados sejam utilizados em sua realização.

Huambo ,\_\_\_de\_\_\_\_\_de 2016

ANEXO

## Anexos A



REPÚBLICA DE ANGOLA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
**HOSPITAL SANATÓRIO DO HUAMBO**

**DECLARAÇÃO Nº 43 / HSH/2016**

Para os devidos efeitos e fins legais que objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comité de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como Representante Legal da Instituição, declaro ter tomado o conhecimento do projecto de pesquisa: **DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA SUA PRÁTICA DO CUIDADO FRENTE A ADESAO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV**, feito pelo estudante **Silvano Da Silva Cameia**, cumprindo com os termos da Resolução CNS 466/12 de 12 de Dezembro.

Por ser verdade e me ter sido solicitado, mandei passar a presente declaração que vai por mim assinada e autenticada com o carimbo á óleo em uso nesta Instituição.

Huambo, aos 28 de Junho de 2016



## Anexo B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Desafios dos profissionais de saúde na prática do cuidado frente a adesão ao tratamento da Tuberculose em pessoas que vivem com HIV.

**Pesquisador:** Betina Hörner Schlindwein Meirelles

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58045618.8.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.691.928

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um Projeto de Mestrado do Programa de Pós graduação em Enfermagem da UFSC intitulado Desafios dos profissionais de saúde na prática do cuidado frente a adesão ao tratamento da Tuberculose em pessoas que vivem com HIV.

**Hipótese:**

As pessoas coinfectadas ao compreenderem as características das doenças, o objetivo do tratamento e participem da decisão de começá-lo, isto é, com o acesso a informação, o paciente promove a sua própria autonomia, se fortifica pra enfrentar as dificuldades impostas pelas doenças e o tratamento. A inspeção médica e psicossocial do paciente possibilita identificar as formas de combater e as diversidades na aceitação do diagnóstico de tuberculose associada ao HIV e a adesão ao tratamento

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Primário:**

Compreender os desafios dos profissionais de saúde de um serviço de referência na sua prática de cuidado frente a adesão ao tratamento da tuberculose em pessoas que vivem com HIV, na província de Huambo - Angola.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br